
 Santa Casa de Batatais <i>Excelência em saúde</i>	FORMULÁRIO PADRÃO		Código do Documento	Página	
	REQUISIÇÃO DE EXERCÍCIOS DE DIREITOS		FP. 000008.1 - REQ	1	
	Art. 18 - Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)	Setor/Unidade	Emissão	Revisão	
	TODOS	ABR/2022			

DECLARAÇÃO DE PRIVACIDADE

Na Santa Casa de Misericórdia e Asilo dos Pobres de Batatais e no plano de saúde "Santa Casa Saúde", somos comprometidos em proteger e resguardar a privacidade e a proteção dos dados pessoais de cada titular, conforme a legislação brasileira aplicável, portanto, preparamos este formulário para explicar as práticas adotadas pela instituição sobre como o titular dos dados pessoais pode exercer seus direitos.

ORIENTAÇÕES GERAIS



Disponibilizamos este formulário para facilitar o exercício dos direitos do titular dos dados pessoais, de uma forma eficiente e segura para o processamento do seu pedido, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Lembramos de que sua utilização é facultativa. **Pedimos por gentileza que após o preenchimento do formulário, o titular dos dados pessoais o assine e o encaminhe, juntamente com o(s) comprovante(s) de identidade (documento com foto) do requerente, para o e-mail lgpd@santacasabatatais.com.br.** Caso necessário, solicitaremos informações adicionais ao titular de dados pessoais, a fim de atender à referida demanda e evitar qualquer tipo de incidente de segurança da informação que possa vir a prejudicar o requerente e o titular. As solicitações dos titulares pela LGPD será atendida no prazo de 15 dias úteis, a contar do protocolo deste formulário, através do e-mail citado.

QUALIFICAÇÕES DO TITULAR DE DADOS PESSOAIS



Nome Completo do Titular dos Dados	
CPF	
Endereço	
Data de nascimento	
Telefone de contato	Esse nº é WhatsApp: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
E-mail de contato	
Declaro que meu relacionamento como Titular de Dados é:	<input type="checkbox"/> PACIENTE/CLIENTE <input type="checkbox"/> USUÁRIO/BENEFICIÁRIO(A) <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> COLABORADOR(A) <input type="checkbox"/> MÉDICO(A) <input type="checkbox"/> EX-COLABORADOR(A) <input type="checkbox"/> PRESTADOR DE SERVIÇOS/TERCEIRO <input type="checkbox"/> ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> OUTRO: _____ _____
Informações adicionais:	

Qualificações do Procurador ou Representante Legal do Titular de Dados Pessoais (caso se aplique)

Nome completo	
CPF	
Endereço	
Telefone de contato	Esse nº é WhatsApp: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
E-mail de contato	

 Santa Casa de Batatais Excelência em saúde	FORMULÁRIO PADRÃO		Código do Documento	Página		
	REQUISIÇÃO DE EXERCÍCIOS DE DIREITOS		FP. 000008.1 - REQ	2		
	Art. 18 - Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)		Setor/Unidade	Emissão		Revisão
		TODOS	ABR/2022			

DIREITOS DO TITULAR DE DADOS PESSOAIS				
Quais dos direitos abaixo você deseja exercer?				
Nº	OPÇÃO	DIREITO DO TITULAR	Descrição resumida	Fundamento legal
1	<input type="checkbox"/>	Confirmação da existência de tratamento	Direito a ser informado sobre a existência de algum tipo de tratamento de seus dados pessoais realizado pela Santa Casa e o plano de Saúde - " <i>Santa Casa Saúde</i> "	Art.18, I, LGPD
2	<input type="checkbox"/>	Acesso aos dados cadastrais	Direito de solicitar o acesso aos seus dados pessoais caso confirmado que a Santa Casa e o plano de Saúde - " <i>Santa Casa Saúde</i> " execute algum tipo de tratamento	Art.18, II, LGPD
3	<input type="checkbox"/>	Correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados (*)	Direito de solicitar a alteração dos dados pessoais tratados pela Santa Casa e o plano de Saúde - " <i>Santa Casa Saúde</i> " sempre que estiverem incompletos, inexatos ou desatualizados	Art.18, III, LGPD
(*) Descrever, por gentileza, o(s) dado(s) a ser(em) corrigido(s):				
4	<input type="checkbox"/>	Restrição (*) () anonimização () bloqueio () eliminação dados desnecessários	Direito de solicitar a anonimização, o bloqueio ou a eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados pela Santa Casa e o plano de Saúde - " <i>Santa Casa Saúde</i> " em desconformidade com a legislação. (*) Solicitaremos informações adicionais para análise dessa solicitação, se requisitada	Art.18, IV, LGPD
5	<input type="checkbox"/>	Portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto	Permite a obtenção de dados pessoais estruturados, de modo a permitir a sua transmissão a outro controlador pela Santa Casa e o plano de Saúde - " <i>Santa Casa Saúde</i> "	Art.18, V, LGPD
6	<input type="checkbox"/>	Eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular	Permite a eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, após a sua revogação (*ver opção 9)	Art.18, VI, LGPD
7	<input type="checkbox"/>	Informação das entidades públicas e privadas com as quais a Santa Casa e o plano de Saúde - " <i>Santa Casa Saúde</i> " realizou uso compartilhado de dados	Permite a obtenção de informações acerca do compartilhamento de seus dados pessoais com terceiros pela Santa Casa e o plano de Saúde - " <i>Santa Casa Saúde</i> "	Art.18, VII, LGPD
8	<input type="checkbox"/>	Informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa	Permite a obtenção de informações mais precisas acerca da possibilidade de não fornecer o consentimento e as respectivas consequências da negativa	Art.18, VIII, LGPD
9	<input type="checkbox"/>	Revogação do consentimento (*)	Permite a revogação do consentimento dado em momento prévio a Santa Casa e o plano de Saúde - " <i>Santa Casa Saúde</i> " em relação ao tratamento de dados pessoais	Art.18, IX, LGPD
(*) Descrever, por gentileza, o tipo do consentimento a ser revogado				

 Santa Casa de Batatais Excelência em saúde	FORMULÁRIO PADRÃO		Código do Documento	Página	
	REQUISIÇÃO DE EXERCÍCIOS DE DIREITOS		FP. 000008.1 - REQ	3	
	Art. 18 - Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)		Setor/Unidade	Emissão	
		TODOS	ABR/2022		

Para auxiliar na resposta de sua requisição de maneira rápida e eficiente, solicitamos que nos forneça o máximo de detalhes das informações solicitadas. Se possível, gostaríamos que nos informasse nas opções que se fizerem necessárias, períodos específicos, horários, datas, nomes, tipos de documentos ou quaisquer outras informações visando atender melhor a sua requisição.

Informações Adicionais:

COMUNICAÇÃO DO RESULTADO DO REQUERIMENTO

Como você gostaria de ser comunicado acerca do resultado da sua requisição:

e-mail;
 WhatsApp;
 formato impresso;
 outros: especificar _____

Comprovação da Identidade do Titular de Dados Pessoais

Por questões de segurança e proteção à privacidade do titular, solicitamos que seja anexo ao presente pedido o comprovante de identidade do titular dos dados pessoais. Serão aceitos documentos como RG, CNH ou qualquer outro que conste a qualificação e a foto do requisitante. Se for o caso, cópia do documento de representação (Procuração, Decisão Judicial ou documento de identidade do titular, caso se trate de um dos pais do titular).

AUTORIZAÇÃO E CONSENTIMENTO DE ENVIO DE INFORMAÇÕES POR E-MAIL

Eu, _____, nacionalidade _____,
 Estado civil _____, profissão _____, CPF nº _____,
 endereço _____, nº _____, bairro _____

autorizo a Santa Casa e o "Santa Casa Saúde", a enviar as informações e as cópias solicitadas, através da forma digital para o e-mail abaixo. Declaro que estou ciente dos riscos e que tenho as condições necessárias para receber e descarregar os arquivos enviados. Assumo a total responsabilidade pelo uso, divulgação e o compartilhamento das informações recebidas, isentando a Santa Casa e o "Santa Casa Saúde" de qualquer responsabilidade.

Autorizo a enviar as informações e arquivos no e-mail: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Declaração de Autenticidade (Titular de Dados Pessoais)

Eu, _____, nacionalidade _____,
 Estado civil _____, profissão _____, CPF nº _____,
 endereço _____, nº _____, bairro _____

DECLARO, sob as penas da lei penal (art. 299 do CP) e, sem prejuízo das sanções administrativas e cíveis, que as cópias dos documentos anexados são autênticos e condizem com o documento original.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____