

Formulário de Solicitação para o Exercício de Direito

Para exercer seus direitos previstos na Lei Geral de Dados Pessoais (LGPD), solicitamos que preencha o formulário abaixo.

Eu sou:

- Paciente/Cliente/Doador*
- Usuário/visitante*
- Funcionário/Ex-funcionário/Candidato*
- Fornecedor/Parceiro/Operadora Plano de Saúde*
- Terceirizado*

Meu nome completo é:	
Meu CPF é:	

Eu solicito:

- Revogação do Consentimento*
- Solicitação da existência de tratamento de dados pessoais*
- Corrigir/atualizar dados pessoais*
- Eliminação de dados pessoais*
- Restrição/bloqueio de dados pessoais*
- Anonimização de dados pessoais*
- Pedido de portabilidade de dados pessoais*
- Acesso aos dados pessoais*
- Pedido relativo à tomada de decisão e criação de perfis automatizados*
- Informação sobre compartilhamento*

Elaborado por: Assessoria LGPD – LGPD Nacional	Revisado por: Comitê Proteção de Dados	Aprovado por: Qualidade
Liberado em: 28/12/2021		Próxima Revisão: 28/12/2023

Informação sobre transferência internacional

Cópia do prontuário

• **Dados pessoais envolvidos**

--

• **Detalhes**

--

• **Motivo / justificativa**

--

Data:

--

Depois de preenchido, este formulário deve ser enviado para o e-mail lgpd@hospitalsantateresinha.org.br.

Nota: Após o recebimento de sua solicitação, poderemos lhe pedir documentos ou outras informações para comprovação de sua identidade, entraremos em contato em até 15 (quinze) dias úteis para retorno sobre sua solicitação.

Elaborado por: Assessoria LGPD – LGPD Nacional	Revisado por: Comitê Proteção de Dados	Aprovado por: Qualidade
Liberado em: 28/12/2021		Próxima Revisão: 28/12/2023