**Formulário de Atendimento aos Direitos dos Titulares de Dados Pessoais.**

Olá.

Este formulário é a sua porta de entrada para esclarecer dúvidas e obter mais informações sobre como a Saúde Beneficência trata os seus dados pessoais.

Aqui, os dados e documentos fornecidos serão utilizados exclusivamente pelas partes envolvidas na solicitação, o acesso a essas informações será restrito, sendo permitido somente quando relacionados ao atendimento prestado.

A Saúde Beneficência analisará sua solicitação dentro dos prazos legais, a partir do recebimento deste formulário preenchido de forma completa, sendo que para sua segurança, e garantia de manutenção do sigilo e privacidade de suas informações pessoais a Saúde Beneficência poderá entrar em contato com você para obter mais detalhes sobre o seu pedido bem como solicitar documentos que comprovem a titularidade dos dados.

Em caso de impossibilidade de atendimento da solicitação você será devidamente informado dos motivos.

**Nome completo do titular de dados:**

**CPF:**

**E-mail:**

**Telefone ou WatsApp:**

**Nome Completo do Responsável pelo titular de dados. (caso aplicável).**

**CPF do Responsável pelo titular de dados. (caso aplicável).**

**Qual o relacionamento que você tem com a Saúde Beneficência?**

** Paciente.  Usuário.**

** Funcionário .  Ex. Fucnionário.**

** Prestador de Serviço.  Outros.**

**Caso você seja atualmente funcionário, ou ex funcionário, por favor, informe o departamento/local de trabalho.**

**Qual o motivo da sua solicitação?**

** Confirmação de existência de tratamento  Acesso aos dados**

** Correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados  Boloqueio ou eliminação de dados**

** Anonimização  Portabilidade dos dados a outro fornecedor.**

  **Informação de compartilhamento e sobre não fornecimento de consentimento.  Eliminação.**

**Detalhes da solicitação.**

**Por favor, use este espaço para descrever, com máximo de detalhes possível, sua solicitação, listando, se possível, os dados relacionados ao seu pedido. Se for o caso, por favor, inclua quaisquer datas que achar relevantes para as informações procuradas. Poderemos processar sua solicitação com muito mais celeridade se você for capaz de nos dizer exatamente os dados a que está se referindo*.***

**Declaração do titular.**

**Confirmo que sou o titular de dados ou responsável legal do titular de dados, sendo todas as informações fornecidas verdadeiras, responsabilizando-me pela informações prestadas de forma incorreta ou ilegal. Eu entendo que a Saúde Beneficência poderá entrar em contato comigo para obter mais detalhes sobre o meu pedido e solicitar documentos adicioais.**

** Li e concordo com o** [**Aviso de Privacidade**](https://www.saudebeneficencia.com.br/aviso-de-privacidade/)**.**

ENVIAR