

Declaração de Privacidade

No **Hospital Santa Cruz**, estamos comprometidos em proteger e resguardar a privacidade e a proteção dos dados pessoais de cada indivíduo, em conformidade com a legislação brasileira aplicável. Para tanto, preparamos esta Declaração de Privacidade 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 pleito, 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** do requerente, para o e-mail dpo@hospitalsantacruz.com.br.

Caso necessário, o Hospital Santa Cruz poderá solicitar **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.

Qualificações do Titular de Dados Pessoais

Preencha os espaços abaixo com as **qualificações do titular de dados pessoais**:

Nome completo	
CPF	
Endereço	
Data de Nascimento	
Telefone de Contato	
E-mail de Contato	
Declaro que meu relacionamento como Titular de Dados é:	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Prestador de Serviço/Terceiro <input type="checkbox"/> Ex-Colaborador <input type="checkbox"/> Colaborador <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Responsável Legal <input type="checkbox"/> Acompanhante <input type="checkbox"/> Outro: _____
Informações Adicionais	

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

Preencha os espaços abaixo com as qualificações do procurador ou representante legal do titular de dados pessoais (caso se aplique a situação).

Nome completo	
CPF	
Endereço	
Telefone de Contato	
E-mail de Contato	

Direitos do Titular de Dados Pessoais

Quais dos direitos abaixo você deseja exercer?

Nº	Opção	Direito do Titular	Descrição Resumida	Fundamento Legal
1	()	Confirmação da existência de tratamento	Direito a ser informado sobre a existência de algum tipo de tratamento de seus dados pessoais realizado pelo Hospital Santa Cruz	Art.18, I, LGPD
2	()	Acesso aos dados cadastrais	Direito de solicitar o acesso aos seus dados pessoais caso confirmado que o Hospital Santa Cruz execute algum tipo de tratamento	Art.18, II, LGPD
3	()	Correção (*)	Direito de solicitar a alteração dos dados pessoais tratados pelo Hospital Santa Cruz sempre que estiverem incompletos, inexatos ou desatualizados	Art.18, III, LGPD
(*) Descrever, por gentileza, o(s) dado(s) a ser(em) corrigido(s):				
4	()	Restrição (*) () anonimização () bloqueio () eliminação dados desnecessários	Direito de solicitar a anonimização, o bloqueio ou a eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados pelo Hospital Santa Cruz em desconformidade com a legislação de proteção de dados pessoais (*) Solicitaremos informações adicionais para análise dessa solicitação, se requisitada	Art.18, IV, LGPD
5	()	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 pelo Hospital Santa Cruz	Art.18, V, LGPD
6	()	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	()	Informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados	Permite a obtenção de informações acerca do compartilhamento de seus dados pessoais com terceiros pelo Hospital Santa Cruz	Art.18, VII, LGPD
8	()	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	()	Revogação do consentimento (*)	Permite a revogação do consentimento dado em momento prévio ao Hospital Santa Cruz em relação ao tratamento de dados pessoais	Art.18, IX, LGPD
(*) Descrever, por gentileza, o tipo do consentimento a ser revogado:				
10	()	Revisão de decisões tomadas unicamente com base em tratamento automatizado de dados pessoais	Permite a revisão dos critérios utilizados para a tomada de decisões tomadas unicamente com base em tratamento automatizado de dados pessoais que afetem seus interesses	Art.20, LGPD

Formulário de Requisição para Exercício de Direitos do Titular de Dados Pessoais

Para auxiliar o Hospital Santa Cruz a responder a 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 suportar melhor a requisição.

Informações Adicionais:

Comunicação do Resultado do Requerimento

Comprovação da Identidade do Titular de Dados Pessoais

Solicitamos que seja anexo ao pedido o comprovante de identidade do titular de dados pessoais. Serão aceitos como documentos de identidade civil o RG, o passaporte, a carteira profissional ou quaisquer outros documentos que conste a qualificação e a foto do requisitante.

Declaração de Autenticidade (Titular de Dados Pessoais)

Eu, _____, nacionalidade _____,
Estado civil _____, profissão _____, inscrito no CPF nº _____,
residente e domiciliado na(o) _____,
DECLARO, sob as penas da lei penal e, sem prejuízo das sanções administrativas e cíveis, que as cópias dos documentos anexados são autênticos e condizem com o documento original.

Data: _____ Assinatura: _____

Comprovação da Outorga ou Delegação de Poderes a Terceiros (caso se aplique)

Solicitamos que seja anexado ao pedido o **comprovante de identidade** do procurador ou do representante legal do titular de dados pessoais, bem como o **instrumento legal de representação** ou a **prova de representação parental**.

Serão aceitos como documentos de identidade civil o RG, o passaporte, a carteira profissional ou quaisquer outros documentos que conste a qualificação e a foto do procurador ou representante legal do titular de dados pessoais.

Caso o documento de identidade civil ou o instrumento legal de representação não sejam anexados a este formulário, o Hospital Santa Cruz poderá solicitar informações adicionais ao requisitante ou ao seu representante legal do titular de dados pessoais, a fim de poder atender à referida demanda.

Declaração de Autenticidade (Procurador ou Representante)

Eu, _____, nacionalidade _____,
Estado civil _____, profissão _____, inscrito no CPF nº _____,
residente e domiciliado na(o) _____,
DECLARO, sob as penas da lei penal e, sem prejuízo das sanções administrativas e cíveis, que as cópias dos documentos anexados são autênticos e condizem com o documento original.

Data: _____ Assinatura: _____