

## EXERCÍCIO DOS DIREITOS DO TITULAR DE DADOS PESSOAIS [UTENTE/DOENTE]

Nos termos do **Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD)**, o Titular dos Dados pode solicitar e obter do Responsável pelo Tratamento (**Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – CHLO**), a confirmação de que os dados pessoais que lhe digam respeito são ou não objeto de tratamento e, se for caso disso, **exercer o(s) seu(s) direito(s) de aceder, de solicitar a retificação, o apagamento, a limitação, a portabilidade ou a oposição ao tratamento dos seus dados pessoais, conforme descrito na Política de Privacidade do CHLO.**

Para o efeito deverá preencher o presente formulário com a seguinte informação (\*obrigatório):

### 1. Dados de Identificação

NOME\*: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO (BI/ CC /PASSAPORTE /CARTÃO DE RESIDÊNCIA) N.º\*: \_\_\_\_\_ DATA VALIDADE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

@ EMAIL / MORADA\*: \_\_\_\_\_

### 2. Direito de Acesso (Artigo 15º RGPD e Artigo 14º da Lei 26/2016)

DADOS CLÍNICOS

DADOS NÃO CLÍNICOS

Em caso de Dados Clínicos, identifique os dados a que pretende ter acesso:

Fundamente com precisão as áreas assistenciais, datas e serviços:

RELATÓRIO CLÍNICO

FOTOCÓPIA DOS REGISTOS CLÍNICOS

CÓPIA DE EXAMES \_\_\_\_\_

CONSULTA DO PROCESSO CLÍNICO

OUTRO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Em caso de Dados Não Clínicos, identifique os dados a que pretende ter acesso e fundamente com precisão o que é pretendido:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. Selecione o(s) Pedido(s) de Direito que pretende exercer (ao abrigo do RGPD)

- DIREITO DE RETIFICAÇÃO [ART.º 16 RGPD]
- DIREITO DE LIMITAÇÃO [ART.º 18 RGPD]
- DIREITO DE OPOSIÇÃO [ART.º 21 RGPD]
- DIREITO DE APAGAMENTO (“DIREITO A SER ESQUECIDO”) [ART.º 17 RGPD]
- DIREITO DE PORTABILIDADE [ART.º 20 RGPD]
- OUTRO \_\_\_\_\_

### Fundamente com precisão o que é pretendido:

---

---

---

---

### 4. Forma da prestação da informação

- CORREIO SIMPLES
- @EMAIL
- PRESENCIAL
- INTERMEDIÇÃO MÉDICA  
*(Para pedidos de acesso a dados clínicos)*

ASSINATURA DO UTENTE/DOENTE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

### 5. Para Representantes Legais em caso de utente ser menor ou incapaz, ou um terceiro que pretenda exercer o direito de acesso a Dados Clínicos

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO (BI/ CC /PASSAPORTE /CARTÃO DE RESIDÊNCIA) Nº\*: \_\_\_\_\_ DATA VALIDADE: \_\_/\_\_/\_\_

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

“CONFIRMEI A IDENTIDADE DO REQUERENTE, MEDIANTE VERIFICAÇÃO DO BI”

C/A FUNCIONÁRIO DO CHLO \_\_\_\_\_ (NOME E Nº MEC.)

(CARIMBO DO SERVIÇO)

Nº DE DESPACHO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_