**FORMULÁRIO DE PEDIDO DE ACESSO PELO TITULAR DE DADOS**

|  |  |
| --- | --- |
| Você tem o direito de solicitar dados pessoais que possamos manter sobre você. Isso é conhecido como Solicitação de acesso pelo titular de dados (“SAT”). Se você deseja fazer um SAT, preencha este formulário e retorne para nós por e-mail. | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| Use o seguinte endereço: **dpo@supera.med.br**  Por favor, escreva “Solicitação de acesso pelo titular dos dados” no campo de assunto do e-mail. | |
|
|
| **1. Nome completo do titular** | **2. Data de nascimento** |
|  |  |
| **3. Endereço atual** | |
|  | |
| **4. Número de telefone** | |
| Telefone fixo | Telefone móvel |
|  |  |
| **5. Detalhes dos dados requisitados** | |
|  | |
| **6. Para nos ajudar a procurar as informações necessárias, informe-nos com os detalhes mais detalhados possíveis (por exemplo, cópias de e-mails entre <data> e <data>). Se não recebermos informações suficientes para localizar os dados necessários, talvez não possamos atender à sua solicitação.** | |
|  | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| **7. As informações serão enviadas ao titular dos dados ou seu representante?** | |
| Ao titular dos dados ☐ Ao representante ☐  Se os dados forem enviados ao representante, as seções 9 e 10 precisam ser preenchidas. | |
| **8. Confirmo que sou o titular dos dados.** | |
| Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Anexo uma cópia dos meus documentos de identificação (documento de identificação emitido pelo governo). | |
|
|
|
|
|
|
|
| **9. (Se você preencheu “Ao representante” na pergunta 7 responda essa aqui) O Titular dos dados (cujos dados estão sendo solicitados) deve fornecer uma autorização por escrito para que as informações sejam divulgadas ao seu representante autorizado.** | |
| Autorizo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (preencha o nome do representante autorizado) a solicitar acesso aos meus dados pessoais.  Assinatura do titular dos dados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| **10. (A ser preenchido pelo representante do titular dos dados) Confirmo que sou o representante autorizado do titular dos dados.** | |
| Nome do representante autorizado e endereço para onde os dados pessoais devem ser enviados:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|
|
|
|
| Faremos todos os esforços para processar sua solicitação de acesso o mais rapidamente possível dentro de 30 (trinta) dias. No entanto, se você tiver alguma dúvida enquanto a sua solicitação estiver sendo processada, não hesite em entrar em contato conosco neste endereço de e-mail: **dpo@supera.med.br** | |
|
|
|
|