**FORMULÁRIO – SOLICITAÇÃO DE ACESSO, RETIFICAÇÃO, CANCELAMENTO E OPOSIÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

Nos termos dos artigos 9º e 18, da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2019 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD), são direitos do titular:

1. *Confirmação da existência de tratamento;*
2. *Acesso aos dados;*
3. *Correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;*
4. *Anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto nesta Lei;*
5. *Portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional, observados os segredos comercial e industrial;*
6. *Eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, exceto nas hipóteses previstas em Lei;*
7. *Informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados;*
8. *Informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa; e*
9. *Revogação do consentimento, nos termos previstos na Lei.*

Este formulário tem como objetivo auxiliar, simplificar e facilitar, gratuitamente, o exercício dos direitos do titular dos dados pessoais, podendo ser encaminhado por via física (impressa) ou correio eletrônico, conforme Política de Privacidade da empresa (disponível em www.intermedic.com.br). Caso necessário, solicita-se que seja encaminhada uma cópia deste formulário para outros prestadores de serviços de saúde nos quais você imagine que também exista registro de seus dados.

**DADOS DO SOLICITANTE**

**Nome completo:**

**Data de nascimento:**

**CPF:**

**Endereço:**

**Telefone / Celular**:

**E-mail:**

**1. Solicitação**:

(\_\_) Acesso

(\_\_) Retificação / Correção

(\_\_) Cancelamento

(\_\_) Oposição

**2. Por favor, descreva as informações referentes à(s) solicitação(ões) assinalada(s) no item anterior:**

**3. Caso necessário, identifique os documentos que subsidiam seu(s) pedido(s):**

**4. Por favor, indique por qual meio (impresso ou e-mail) que você deseja receber a resposta a esta solicitação:**

Declaro que as informações apresentadas neste formulário são verdadeiras e que eu sou a pessoa a quem elas se referem, conforme documento de identidade com foto anexado a este pedido.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_),\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

**Cidade (estado); Data (dia/mês/ano)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Solicitante**