

Para este pedido ser tratado com maior celeridade, deverá preencher, assinar e enviar preferencialmente por email para: [atendimento.acs@altice.pt](mailto:atendimento.acs@altice.pt)

## FICHA DADOS PESSOAIS CENTROS CLÍNICOS

Nome	_____		
Data de Nascimento	___ / ___ / _____	Telefone de Contacto	_____
Nº Cartão de Cidadão	_____	Telemóvel de Contacto	_____
Nº Cliente/Beneficiário	_____	Nº Utente Saúde	_____
Nº Segurança Social	_____	Nº Contribuinte Fiscal	_____
Nacionalidade	_____	Sexo	F      M
Morada	_____		
E-mail	_____		
Seguradora/ Organismo	_____		

### Tratamento de dados pessoais

Os dados pessoais recolhidos, ou outros que nos venha a fornecer são indispensáveis e de fornecimento obrigatório e serão tratados nos termos da legislação aplicável, nomeadamente da Lei nº 67/98, de 26 de outubro e do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 ("RGPD"), com efeitos a 25 de maio de 2018. Este tratamento é da responsabilidade da Altice Cuidados de Saúde ("ACS") e destina-se à prestação dos serviços de saúde disponibilizados por esta entidade.

Os dados que sejam exclusivamente necessários poderão ser partilhados com entidades parceiras, para efeitos de operacionalização e prestação dos serviços contratados, bem como a outras entidades, nos termos legais, nomeadamente Autoridades Tributárias e Tribunais.

Os dados serão conservados pelo período de tempo necessário à prestação dos serviços, sendo garantido o seu direito de acesso, retificação e atualização através dos contactos disponibilizados pela ACS.

A ACS protege a sua privacidade e toda a informação que nos disponibiliza, incluindo os seus dados pessoais, nos termos da respetiva Política de Privacidade disponível em [acs.pt](http://acs.pt) e que deve conhecer e rever periodicamente

### Declaração

Declaro ter lido e entendido a informação constante desta Declaração pelo que assumo a inteira responsabilidade de alguma omissão ou inexactidão dos dados pessoais ou demais informações prestadas.

Mais declaro ter conhecimento que o acesso e a prestação dos cuidados de saúde pela ACS implicam o registo e tratamento, designadamente informático, dos dados clínicos recolhidos no âmbito das consultas e exames realizados nos Centros Clínicos da ACS e que sejam necessários para a prestação dos serviços, bem como a transmissão de dados de faturação à entidade que gere o meu Seguro de Saúde ou equivalente, quando aplicável.

Reconheço ainda que a ACS pode partilhar as minhas informações com determinadas entidades em cumprimento de exigências legais, nomeadamente, Autoridades Tributárias e Tribunais.

Mais declaro saber que para mais detalhe sobre a Política de Privacidade da ACS poderei consultar o site [acs.pt](http://acs.pt).

Data      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do Cliente \_\_\_\_\_

(obrigatório para > 18 anos)

(conforme BI/Cartão de Cidadão)

Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_ BI/Cartão Cidadão \_\_\_\_\_

(obrigatório para < 18 anos ou quando o próprio não possa assinar)