

Para este pedido ser tratado com maior celeridade, deverá preencher, assinar e enviar preferencialmente por email para: atendimento.meosaude@meo.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 _____	Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
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 do MEO Cuidados de Saúde 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 pelo MEO Cuidados de Saúde.

O MEO Cuidados de Saúde 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 meocuidadossaude.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 pelo MEO Cuidados de Saúde implicam o registo e tratamento, designadamente informático, dos dados clínicos recolhidos no âmbito das consultas e exames realizados nos Centros Clínicos do MEO Cuidados de Saúde 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 o MEO Cuidados de Saúde 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 do MEO Cuidados de Saúde poderei consultar o site meocuidadossaude.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)