

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### **RGPD - PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

#### **DADOS DO PACIENTE**

**Nome:** Maria Fernanda Costa

**Data:** 01/10/2025

## DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO

### TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS - RGPD

#### RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO:

[Nome do Profissional/Clinica]

[Morada completa]

[Contactos]

#### FINALIDADE DO TRATAMENTO:

- Prestação de cuidados de saúde
- Gestão de consultas e tratamentos
- Comunicação com o paciente
- Faturação e arquivo clínico
- Cumprimento de obrigações legais

#### DADOS RECOLHIDOS:

- Dados de identificação
- Dados de contacto
- Dados de saúde (histórico clínico)
- Dados de tratamentos realizados
- Fotografias/imagens (se aplicável)

#### BASE LEGAL:

- Consentimento explícito do titular
- Interesse legítimo para prestação de cuidados
- Cumprimento de obrigação legal
- Proteção de interesses vitais

## DESTINATÁRIOS:

- Profissionais de saúde envolvidos
- Entidades seguradoras (se aplicável)
- Autoridades de saúde (se obrigatório)
- Não há transferências para países terceiros

## PRAZO DE CONSERVAÇÃO:

- Dados clínicos: 5 anos após última consulta
- Dados administrativos: conforme legislação
- Imagens/fotografias: com consentimento específico

## DIREITOS DO TITULAR:

- Acesso aos seus dados
- Retificação de dados incorretos
- Apagamento (direito ao esquecimento)
- Limitação do tratamento
- Portabilidade dos dados
- Oposição ao tratamento
- Retirar consentimento a qualquer momento

## CONTACTOS:

Para exercer os seus direitos ou esclarecimentos:  
[Contacto do responsável pela proteção de dados]


## AUTORIDADE DE CONTROLO:

Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd)  
[www.cnpd.pt](http://www.cnpd.pt)

Nº de Sessões: 1

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO


- ✓ Fui informado(a) sobre os benefícios, riscos e alternativas ao tratamento proposto.
- ✓ Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas.
- ✓ Aceito os riscos e benefícios descritos neste documento.
- ✓ Consinto o tratamento proposto de forma livre e esclarecida.



*Assinatura do Paciente*  
Maria Fernanda Costa



*Profissional Responsável*  
Nuno Correia

 Este documento tem validade legal e deve ser guardado em local seguro. Em caso de dúvidas ou para revogar este consentimento, contacte a clínica.