

**REQUISIÇÃO DE EXAME CITOLÓGICO****DADOS DO DOENTE:****LOCAL DE PRESCRIÇÃO:** \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Sub-sistema de saúde: \_\_\_\_\_ N.º benef.: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DE TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E SAÚDE**

O utente, acima identificado, declara:

- Consentir que a **Cedap – Centro de Diagnóstico Anátomo-Patológico, Lda.**, pessoa coletiva nº 504494562, com sede na Rua de S. Teotónio, lote 5- nº 21 em Coimbra, (doravante designada por CEDAP), execute o tratamento dos seus dados pessoais e dos seus dados de saúde para a execução de exame de anatomia patológica.
- Saber que a empresa designou um encarregado de proteção de dados que poderá ser contactado, através de carta enviada para o CML GS – DPO, para a morada da sede da empresa, ou pelo email: [dpo.privacidade@germanodesousa.com](mailto:dpo.privacidade@germanodesousa.com)
- Que presta este consentimento de forma livre e o mesmo se destina apenas para a execução dos seus exames.
- Autorizar que o processamento e conservação dos seus dados de saúde, para os fins mencionados, seja executado pelo CEDAP ou em caso de necessidade, por outra entidade por si subcontratada, desde que continue garantida a política de privacidade sobre os meus dados.
- Que pretende que o resultado do seu exame laboratorial seja comunicado ao próprio (em papel ou através do email acima descrito) ou ao seu representante legal ou ao seu médico.
- Que este consentimento é prestado com o acordo dos restantes representantes legais do titular dos dados, no caso deste ser incapaz (menor, interdito ou inabilitado).
- Que tem conhecimento de que lhe é garantido o direito de acesso, de atualização, de retificação, de eliminação, de limitação da utilização, da portabilidade e da oposição ao tratamento dos seus dados pessoais. O exercício dos direitos, é solicitado após confirmação do declarante e mediante preenchimento de formulário próprio, disponível nos estabelecimentos da empresa.
- Autorizar, a utilização e comunicação dos dados pessoais necessários, para efeitos de faturação, ao seu seguro ou subsistema de saúde, ao qual tem direito.
- Que este consentimento vigora até à sua revogação pelo seu declarante.
- Ter lido e compreendido esta declaração e que a mesma corresponde à sua vontade e que lhe foram prestadas todas as informações que solicitou relacionadas com esta declaração de consentimento.
- Que foi informado, como titular dos dados, sobre o seu direito, de poder apresentar uma reclamação junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) ou outra autoridade de controlo em matéria de proteção de dados pessoais.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura do declarante: \_\_\_\_\_

**RESULTADO DO EXAME:**  UTENTE  MÉDICO  LOCAL DE PRESCRIÇÃO  E-mail  Correio

Obs.: \_\_\_\_\_

**FACTURAR A:**  UTENTE:  LOCAL PRESCRIÇÃO:**PAGAMENTO POR:**  Ref.º Multibanco  Transferência Bancária  CobrançaTransferência Bancária: **IBAN PT 50.0035.0185.00016911730.48** (ANEXAR COMPROVATIVO OU ENVIAR POR E-MAIL)**BIOLOGIA MOLECULAR:**Genotipagem HPV  Teste de COBAS  Com  Sem  exame citológico**DADOS RELATIVOS AO EXAME:****Colheita:** Vagina  Exocolo  Endocolo  Endométrio  Vulva U.M. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Gravidez  Semanas \_\_\_\_ Menopausa \_\_\_\_ Anos \_\_\_\_Coitorragias – Sim  Não  Contraceção – Hormonal  DIU  Outra  \_\_\_\_\_**Terapêutica Anterior:** Hormonal  Quimioterapia  Radiações  Laser  Outra  \_\_\_\_\_P. A. Mama  P. A. Tiroide  Líq. Pleural  Escov. Brônquico  Outro  \_\_\_\_\_**Outras informações relevantes:** \_\_\_\_\_