



ESTADO MAIOR GENERAL DAS FORÇAS ARMADAS

## HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS

REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA SER ASSISTIDO NO HFAR

**EXMO(A) SR(A) DIRETOR(A) CLÍNICO(A) ADJUNTO(A) DO HFAR**

Nome: \_\_\_\_\_

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

Localidade: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Contactos: Telemóvel: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

N.º CC/BI (ou outro documento identificativo) \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número Identificação Fiscal (Obrigatório) \_\_\_\_\_ N.º Utente: \_\_\_\_\_

Subsistema de Saúde? (ADM-SAD-ADMG-SNS) \_\_\_\_\_ N.º. \_\_\_\_\_

Vem por este meio solicitar a VExa autorização para efectuar :

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

Informação do Chefe de Serviço:

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

Em, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
O Chefe do Serviço

\_\_\_\_\_

**O(A) Diretor(a) Clínico(a) Adjunto(a) do HFAR**

DESPACHO \_\_\_\_\_

No cumprimento do Despacho n.º 127/CEMGFA/2022, as tabelas de preço aplicáveis aos atos clínicos a outros utentes no HFAR, são as constantes na tabela ADSE, em vigor, sem prejuízo da faculdade de definição de outro regime de faturação a definir nos termos da Lei

Eu, \_\_\_\_\_  
declaro que tomei conhecimento e aceito os procedimentos que me são exigidos, responsabilizando-me pelo pagamento integral e sem reservas, relativo às despesas suportadas por este hospital no âmbito dos serviços Médico/Cirúrgicos que me forem prestados, nomeadamente tratamento, consultas, intervenção cirúrgica e ainda as custas pela estadia durante o eventual período de internamento.

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

O Requerente

\_\_\_\_\_

## **AVISO DE PRIVACIDADE E DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

1. O Hospital das Forças Armadas (HFAR), é responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais com base no seu consentimento e somente para as finalidades para as quais foram recolhidos.
2. Os dados recolhidos e mantidos pelo HFAR são objeto de tratamento no estrito cumprimento dos princípios da licitude, lealdade e transparência e exclusivamente para as finalidades determinadas, explícitas e legítimas, não sendo posteriormente tratados de forma incompatível com as mesmas, tal como previsto no artigo 5.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD);
3. O presente consentimento, poderá, a qualquer momento, ser revogado, para tal, é apenas necessário manifestar essa intenção de forma expressa. A eventual revogação do presente consentimento não afeta a legalidade do tratamento dos dados pessoais anteriormente efetuados.
4. Os dados pessoais serão objeto de conservação pelo HFAR enquanto forem necessários para as finalidades para as quais foram recolhidos ou até eventual pedido de revogação.
5. O HFAR é um estabelecimento hospitalar militar único, na dependência do Chefe do Estado -Maior -General das Forças Armadas (CEMGFA).
6. O RGPD prevê que a entidade responsável pelo tratamento de dados pessoais, designe um encarregado de proteção de dados (EPD).
7. O EMGFA designou um Encarregado de Proteção de Dados (EPD) que poderá ser contactado através do endereço eletrónico [epd\\_emgfa@emgfa.pt](mailto:epd_emgfa@emgfa.pt) ou por carta registada com aviso de receção dirigida a Estado-Maior-General das Forças Armadas, Avenida Ilha da Madeira, n.º 1 1449-004 Lisboa.
8. A Política de Privacidade e proteção de dados pessoais poderá ser consultada através dos sites: <https://www.emgfa.pt> e <https://www.hfar.pt>

## **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS**

Para efeitos de prestação de cuidados de saúde e respetivo processamento administrativo

Eu, \_\_\_\_\_  
com o número de identificação \_\_\_\_\_, conforme o previsto no Regulamento Geral de Proteção de Dados (UE) 2016/679, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 (RGPD), bem como na Lei n.º 58/2019, de 08 de agosto, estando devidamente informado, declaro prestar o meu consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais que sejam necessários para o efeito e pelo período de tempo estritamente necessário no âmbito da finalidade de tratamento para a qual são recolhidos. Declarando-me conhecedor dos dados neste documento contidos.

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

O(A) Declarante

\_\_\_\_\_