

**FORMULÁRIO DE RESPOSTA AO TITULAR DE DADOS PESSOAIS**

<b>INFORMAÇÕES DO TITULAR</b>	
Nome:	
CPF:	
<b>INFORMAÇÕES DO PROCURADOR</b>	
Nome:	
CPF:	
<b>DADOS DO PROTOCOLO</b>	
Número:	Data:
<b>ESPECIFICAÇÃO DO TITULAR</b>	
<b>MEIO ESCOLHIDO PARA RESPOSTA</b>	
<b>DIREITO PROVOCADO PELO TITULAR (PEDIDO)</b>	
Informar o item assinalado pelo solicitante no Formulário de Exercício de Direitos pelo Titular de Dados Pessoais	
<b>RESPOSTA AO PEDIDO</b>	
Indeferimento imediato (   )	
a) Razões do indeferimento:	
<ul style="list-style-type: none"><li>● Trata-se de pedido em que não é possível identificar a identidade do solicitante (   )</li><li>● Trata-se de pedido repetitivo, formulado em curtos espaços de tempo, sem que haja fato novo que justifique nova solicitação (   ) Protocolos dos últimos pedidos: _____ _____ _____ _____</li><li>● Trata-se de pedido cuja atendimento ou resposta é impossível ou implica esforço desproporcional (   ) Descrição das razões da impossibilidade ou desproporcionalidade: _____ _____ _____</li></ul>	

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Resposta ao **item 01** ( )

a) Há dados pessoais do titular sendo tratados pelo Instituto?

- Sim ( )
- Não ( )

b) Há decisão sendo tomada pelo Instituto unicamente com base no tratamento automatizado dos dados pessoais encontrados?

- Sim ( )
- Não ( )

c) Origem dos dados:

- Fornecidos pelo titular ( )
- Banco público de dados ( )
- Compartilhados por terceiro ( )  
Descrição do terceiro:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Outra ( )  
Descrição da origem:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d) Finalidade:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e) Base legal:

- Consentimento do titular ( )
- Execução de contrato ou de procedimentos preliminares relacionados ao contrato ( )
- Exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral ( )
- Interesse legítimo do Instituto ( )  
Descrição do interesse legítimo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Cumprimento de obrigação legal ou regulatória ( )  
Indicação da lei ou regulamento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Outra ( )

Descrição:

---

---

Resposta ao **item 2** ( )

Ainda que tenha sido assinalado no Requerimento apenas o item 2, preencher também as informações do item 1

a) Dados pessoais tratados pelo Instituto:

- Nome completo ( )
- Número de RG ( )
- Número de CPF ( )
- Portador de Deficiência ( )
- Estado civil ( )
- Nome do cônjuge ( )
- Número da CNH ( )
- Número do RNE ( )
- Número do Passaporte ( )
- Nome do pai ( )
- Nome da mãe ( )
- Naturalidade ( )
- Nacionalidade ( )
- Endereço residencial ( )
- Endereço profissional ( )
- Número do registro profissional ( )
- Número do título de eleitor ( )
- Número da CTPS ( )
- Número do PIS ( )
- E-mail ( )
- Telefone fixo ( )
- Telefone celular ( )
- Profissão ( )
- Nível de Formação ( )

- Área de atuação ( )
- Histórico e atividades acadêmicas ( )
- Ocupações anteriores ( )
- Data de Admissão ( )
- Data de nascimento ( )
- Data de casamento ( )
- Data de óbito ( )
- Dados biométricos ( )
- Dados bancários ( )
- Dados de saúde ( )
- Origem racial ou étnica ( )
- Outro ( )  
Descrição:

---

---

b) Locais de armazenamento:

- Banco de dados informatizado ( )
- Arquivo físico ( )
- E-mail ( )
- Aplicação de armazenamento em nuvem: Outlook, Dropbox, MailChimp, site do IRIB ( )
- Sistema Interno do IRIBNET
- Telefone celular
- Outro ( )  
Descrição:

---

---

---

Resposta aos **itens 3, 4, 5, 6, 7 ou 10** ( )

a) O pedido foi atendido?

- Sim ( )
- Não ( )
- Parcialmente ( )

b) Justificativa para o não atendimento ou atendimento parcial:

---

---

---

---

---

---

---

---

Resposta ao **item 8** ( )

a) Entidades públicas e privadas com as quais o Instituto compartilha os dados pessoais do titular:

- Receita Federal \_\_\_\_\_ ( )

Dados compartilhados:

---

---

- Serventia Extrajudicial \_\_\_\_\_ ( )

Dados compartilhados:

---

---

- Órgão público: \_\_\_\_\_ ( )

Dados compartilhados:

---

---

- Instituição bancária: \_\_\_\_\_ ( )

Dados compartilhados:

---

---

- Empresa de contabilidade: \_\_\_\_\_ ( )

Dados compartilhados:

---

---

Empresa de plano de saúde: \_\_\_\_\_ ( )

Dados compartilhados:

---

---

- Empresa de vale alimentação/refeição: \_\_\_\_\_ ( )

Dados compartilhados:

---

---

- Órgão fiscalizatório: \_\_\_\_\_ ( )

Dados compartilhados:

---

---

- Outro: \_\_\_\_\_ ( )

Dados compartilhados:

---

---

Resposta ao **item 9** ( )

a) Resposta ao pedido:

---

---

---

---

---

---

Data:

Assinatura da Encarregada Interna: