



Formulário de Pedido de Emissão de Certificado Digital Qualificado

| 1. Dados do Titula | ar | | | |
|--|--|--|--|--|
| Nomes Completo: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | _ _ _ _ _ _ | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Nome Clínico: | | | | |
| | | | | |
| | _ | | | |
| Número de Cédula | | | | |
| _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ | | | |
| Especialidade: | | | | |
| _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ | | | |
| Endereço de email | : | | | |
| _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ | | | |
| | | ino Certificado emitido, sendo a partir deste endereço de correio eletrónico que poderá enviar correio assinado. | | |
| Número de contrib | uinte: _ _ _ _ _ | _1_1_1_1 | | |
| Documento de ider | ntificação | | | |
| C. Cidadão | ☐ Passaporte | Número: _ _ _ _ _ _ _ _ Validade: _ _ / _ / | | |
| ☐ B.I. | ☐ Título de | Vitalício ☐ | | |
| | Residência | País de Nacionalidade: _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |
| Contacto telefónico | | | | |
| Telemóvel _ _ | _ _ _ _ _ | | | |
| Nota: O PIN do seu d | ertificado será enviado por S | MS para o número de telemóvel indicado, este número deverá pertencer, obrigatoriamente, ao Titular do certificado. | | |
| 2. Dados da Entid | ade Requerente | | | |
| Ordem dos Médicos | | | | |
| Av. Almirante Gago Coutinho, 151 | | | | |
| 1749-084 Lisboa | | | | |
| Número de Contribuinte: 500 984 492 | | | | |
| emissão, personaliza nomeadamente na ne | ção e gestão do ciclo de vida ecessidade das operações de | artões garantem a privacidade desta informação e mantêm-na exclusivamente sob o seu controlo, unicamente para a a do certificado digital. As operações de tratamento com vista às finalidades indicadas anteriormente fundamentam-se e tratamento no âmbito da execução do presente contrato. A informação recolhida será transferida exclusivamente entre prir as finalidades referidas. A Entidade de Registo Ordem dos Médicos e a Entidade de Certificação Multicert reservam- | | |

se ao direito de manter os dados pessoais pelo tempo determinado ao abrigo do Regulamento Europeu nº 910/2014 e ETSI EN 319 411-1.

O posterior exercício do direito à retificação de dados constantes no *Distinguished Name* do certificado digital pressupõe a revogação do certificado digital emitido e uma nova emissão de certificado digital. Excetua-se desta necessidade a retificação de dados de contacto (telefónico). O pedido de retificação deve ser despoletado pelo Titular do certificado, sob a forma escrita, sendo o mesmo notificado da retificação assim que a mesma seja concluída. A retificação de dados constantes no *Distinguished Name* pode também ser proveniente do Organismo requerente, quando os dados digam respeito à especialidade do Titular ou à cessação do exercício das suas funções no Organismo em causa.

Para mais informações, consulte a Política de Privacidade disponível em https://www.multicert.com/media/123322/multicert_pjisms_268.pdf.

Para exercer os seus direitos relativos à privacidade de dados, envie o seu pedido para o endereço eletrónico indicado na Política de Privacidade.

| MULTICERT_MO.DOC_553.docx Versão: 3.0 | Rúbrica(s) | Folha 1 de 2 |
|--|------------|--------------|

multicert



3. Declarações do Titular do Certificado

- **3.1.** Declaro que aceito e respeitarei as regras, procedimentos e práticas da Declaração de Práticas de Certificação (ver http://pki.multicert.com/politicas/cp/MULTICERT_CA.html) e das Políticas de Certificado (ver http://pki.multicert.com/politicas/cp/adq.html e http://pki.multicert.com/politicas/cp/adq.html), já do meu conhecimento, assim como as responsabilidades daí inerentes.
- 3.2. Declaro que aceito que todos os dados que constam neste Contrato possam ser incluídos no Distinguished Name do Certificado Digital.
- 3.3. Declaro que toda a informação que disponibilizei neste Contrato é verdadeira e que envio/apresento toda a documentação exigida de forma a comprovar a sua veracidade.
- 3.4. Declaro que assumo a responsabilidade da gestão segura do par de chaves assimétricas (chave pública e chave privada) para o qual solicito o Certificado Digital.

| 3.5. Declaro que tomei conhecimento das Condições Gerais de http://pki.multicert.com/politicas/contrato/cgerais.html) tendo lido integralme pela Ordem dos Médicos, todas as explicações que, a seu respeito, solicite | ente o seu conteúdo antes de as subscrever e tendo-me sido prestadas, | | | |
|---|---|--|--|--|
| 3.6. No caso de ser simultaneamente Responsável da Entidade Requerente e suficientes para vincular a Entidade Requerente neste Contrato, sob pena aplicável. | | | | |
| | | | | |
| ,de(local e | de | | | |
| (local e | uata) | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| (Assinatura conforme docu | umento de identificação) | | | |
| 4. Declarações do (s) Responsável (eis) da Entidade Requerente: | | | | |
| 4.1. Declaro e garanto que possuo os poderes de representação necessári pena de me serem imputadas toda a responsabilidade civil e criminal legaln | | | | |
| 4.2. Declaro que tomei conhecimento das Condições Gerais do CONTRATO DE EMISSÃO DE CERTIFICADO DIGITAL (ver https://pki.multicert.com/politicas/contrato/cgerais.html), tendo lido integralmente o seu conteúdo antes de as subscrever e tendo-me sido prestadas, pela Ordem dos Médicos, todas as explicações que, a seu respeito, solicitei. | | | | |
| 4.3. Declaro que envio este Contrato sem qualquer tipo de rasura não ressalvada ou não identificada e que tenho conhecimento que caso a MULTICERT considere que o Contrato está ilegível ser-me-á solicitado um novo. | | | | |
| Nome Completo do Responsável da Entidade Requerente: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 4- | 4- | | | |
| ,dede (local e data) | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| (Assinatura conforme doc | (manta da idantificação) | | | |
| (Assinatura conforme doct | inieno de identificação) | | | |
| | | | | |
| A preencher pelos serviços da Ordem dos Médicos | | | | |
| | | | | |
| Verificado por: | Submetido por: | | | |
| _ | | | | |
| ID: | ID: | | | |
| | | | | |
| Applications | Acceptance | | | |
| Assinatura: | Assinatura: | | | |
| | | | | |

MULTICERT_MO.DOC_553.docx Versão: 3.0

Rúbrica(s)

Folha 2 de 2



ORDEM DOS MÉDICOS SECÇÃO REGIONAL DO NORTE

PEDIDO DE 2a VIA/RENOVAÇÃO CÉDULA PROFISSIONAL

| Médic | co(a) titular da Cédula Profissional n.°inscrito(a) na Secção Regional do Norte, vem pelo |
|-----------|---|
| | nte requerer a reemissão da sua Cédula Profissional por motivo de: |
| | Chip Danificado |
| | Má qualidade da fotografia |
| | Alteração de dados (Nome/Nome Clínico) |
| | Inscrição no colégio de especialidade |
| | Roubo / Extravio |
| | Renovação |
| | Outro (indicar qual): |
| | , de de 20 |
| | |