

PEDIDO DE ACESSO A REGISTOS CLINICOS POR PESSOAS SINGULARES

Exmo. Senhor

Responsável pelo Acesso à Informação

(Artigo 9º da Lei nº 26/2016 de Agosto)

Número do Pedido

1. Identificação do Utente Nº de Doente _____

Nome _____

Nº SNS _____ Nº NIF _____ Data de Nascimento _____

Estado Civil: Casado(a) _____ Solteiro(a) _____ União de fato _____ Viúvo(a) _____ Divorciado(a) _____

Filho de _____

E de _____

Residente em _____

Código Postal _____ - _____ Localidade _____

Contatos telefónicos _____ ou _____

Endereço eletrónico _____

2. Identificação do Requerente – Preenchimento obrigatório caso não seja o próprio utente

Nome _____

Residente em _____

Código Postal _____ - _____ Localidade _____

Documento de Identificação Pessoal: (Bilhete de Identidade , Cartão de Cidadão , Carta de Condução Passaporte) _____

Contatos telefónicos _____ ou _____

Endereço eletrónico _____

Relacionamento com o Utente: Pai/Mae _____ Filho(a) _____ Cônjuge/União de Facto _____ Viúvo(a) _____

Outro. Especifique: _____

Razão pela qual o pedido não é feito pelo próprio:

3. Finalidade do Pedido de Acesso à Informação

Fins que se destina o pedido: Prestação de Cuidados _____ Fins de Prova _____ Outro _____

Especifique: _____



4. Pedido e contexto

Tendo vindo a uma consulta de avaliação e diagnóstico indique o nome do profissional que atendeu

Tendo feito tratamento médico Indique a especialidade(s) e o nome do(s) médico(s) pelo(s) qua(is) foi acompanhado

Tipo de Informação Requerida:

- Relatório Médico
- Atestado de incapacidade temporária
- Cópia de exames Imagiológicos ¹
- Cópia de Exames
- Fotocópia de Registos Clínicos
- Outros

Especifique:

¹ Poderá implicar custos

De que forma pretende que lhe seja entregue a informação solicitada? Em mão _____ Via Postal _____

Nota 1 – Se o presente pedido for submetido eletronicamente ou faz assinatura digital qualificada ou posteriormente vem à Medical Art Center exibir o seu documento de identificação pessoal; ou no âmbito do seu espaço de liberdade e como manifestação do seu consentimento envia cópia do referido documento, neste caso, concluído o processo ser-lhe-á devolvida ou eliminada a cópia do documento de identificação pessoal, conforme as indicações que dê.

Nota 2 - Se o presente pedido for entregue presencialmente, assina e exibe o documento de identificação a quem recebe o pedido.

Pede Deferimento, nos termos da Lei nº 26/2016, de 22 de agosto

5. Validação da Identidade do Utente/Requerente Preenchimento pelo funcionário que recebe o pedido

Identidade(s) valida(s): Sim _____ Não _____

Documento(s) de identificação pessoal validado(s):

Cartão de Cidadão _____ Bilhete de Identidade _____

Carta de Condução _____ Passaporte _____

Nome do Funcionário _____

Data de Validação: _____