



MEDICAL ART CENTER

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

Despacho RAI

Nos termos da Lei no 26/2016, de 22 de agosto, e na qualidade de advogado, venho solicitar:

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

Nome Completo _____

Nº da Cédula Profissional _____

Domicílio Profissional _____

Telemóvel _____ Telefone fixo _____

E-mail profissional _____



3. Legitimidade para o pedido

Em anexo envio, em suporte digital, procuração explícita e específica, com poderes para solicitar e ter acesso aos registos clínicos do titular acima mencionado, indicando a finalidade dos mesmos e o tipo de informação a que estou autorizado a aceder, nos termos da alínea a), do nº 5, do artigo 6º, da Lei nº 26/2016, de 22 de agosto, e manifestação inequívoca, por parte do titular dos registos clínicos, em como o acesso consentido é exercido sem intermediação médica, nos termos do nº 1, do artigo 7º, da citada lei.

Os termos da procuração, são os aprovados no convénio assinado em entre a Ordem dos Advogados e Medical Art Center, Clínica Médica Lda, estando o original da mesma arquivada do meu escritório.

4. Pedido e Contexto

Assistido no Serviço de urgência em *(indique a especialidade e data do episódio)*

Tendo ficado internado (indique a especialidade e nome do médico pelo qual foi acompanhado)

Frequentando as consultas *(indicar as especialidades e ano)*

Tipo de Informação Requerida:

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



5. Tipo de resposta (modo de envio)

Fica condicionado à capacidade de resposta da Medical Art Center, Clínica Médica Lda, sendo que o requerente, preferencialmente opta por:

- Em mão (com prévio contacto telefónico do Gabinete de Apoio ao RAI)
- Por via eletrónica para o e-mail profissional indicado pelo requerente
- Via postal (para o domicílio profissional indicado pelo requerente)

6. Documentos que anexa

Na sequência do pedido, e após o registo do mesmo, o requerente vai ser informado do número que foi atribuído ao seu pedido. Sempre que necessitar de qualquer esclarecimento, deve indicar o número do pedido e dirigir o pedido de esclarecimento por via eletrónica para rai@medicalartcenter.pt

Qualquer pedido de esclarecimento, pode ser feito entre as 08h00 e as 22h00, para o telemóvel 915112112, excluindo sábados, domingos e feriados.

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

Porto, ____ de _____ de _____

Assinatura em conformidade com o sistema de certificação digital em uso na Ordem dos Advogados.

Uma vez assinado digitalmente, o pedido deve ser remetido para rai@medicalartcenter.pt