

Requerimento n.º _____

Despacho:

Ex. Mo Senhor

Diretor Executivo ACES Cávado II – Gerês/Cabreira

Nome _____,

data de nascimento ____/____/____, residente em _____,

(código postal) _____ - _____, TLF/TLM _____, E-mail _____

_____@_____, B.I/CC n.º _____, emitido em ____/____/

____/____/____, ao abrigo do disposto na Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto, na qualidade de (1)

_____ para efeitos de (2) _____

_____, vem, muito

respeitosamente, requerer a V. Ex.ª se digne autorizar o acesso a informações clínicas de que é titular ou de (3) (nome)

_____, data de nascimento

____/____/____, residente em _____,

(código postal) _____ - _____, constantes do Processo Clínico nº _____,

na modalidade de acesso em baixo assinalada:

Modalidades de Acesso	Referir com precisão as áreas assistenciais (4), datas e serviços:
Certidão / Declaração / Relatório Clínico (5)	
Cópia dos registos clínicos	
Cópia de exames (_____) (6)	
Consulta do Processo Clínico (7)	

Intermediação Médica (opcional)

Por meu interesse, ao abrigo do artigo 7º da Lei 26/2016, indico para efeitos de intermediação, o médico/a

Dr./Dr.ª _____, com a morada:

Código Postal _____ - _____.

FORMA DE ENTREGA (8)

Por correio simples

Levantamento presencial (9)

_____, ____ de _____ de 20____

O Requerente _____ (assinatura conforme BI/CC)

“Confirmei a identidade do requerente, mediante verificação do BI/CC”

O/a Funcionário/a _____ (nome e n.º mecanográfico)

RECIBO

Deu entrada na Unidade de Saúde _____, em ____/____/____, o requerimento de informação clínica n.º _____

O/a Funcionário/a _____

Notas explicativas

- (1) Próprio ou terceiro com legitimidade para aceder a documentos nominativos – indicar parentesco ou tipo de representação.
- (2) Facultativo, se for o próprio.
- (3) Se o requerente for a mesma pessoa que o titular da informação, não preencher os campos – nome, data nascimento e morada.
- (4) Áreas Assistenciais: Internamento / Consulta externa / Urgência / Hospital de dia.
- (5) Riscar o que não interessa.
- (6) Identificar o exame pretendido.
- (7) O agendamento será efectuado pelos nossos serviços para o contacto telefónico indicado.
- (8) Preencher apenas se não tiver optado por intermediação médica.
- (9) Ver verso do RECIBO destacável para preencher Autorização de Levantamento de Documentos por pessoa autorizada, a qual deve vir assinada pelo requerente, quando do levantamento.

Despachos intercalares:

Requerimento n.º _____

✂

USAR APENAS NO CASO DE LEVANTAMENTO PRESENCIAL

Recebi em ___/___/___ a informação solicitada correspondente a este Recibo.

Autorizo que _____ possa a levantar a informação solicitada.

O requerente,

A pessoa autorizada,

BI/CC n.º _____, de _____, Arquivo _____.