

À Direção Clínica

Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

Despacho do Diretor(a) Clínico(a)

-----/-----/-----

Assunto: Pedido de Informação Clínica

Nº do Pedido:

1. Identificação do Utente

Nome _____

Nº SNS _____ Nº NIF _____

Residente em _____

Código Postal _____ / _____ Localidade _____

Contactos telefónicos: _____

Endereço eletrónico: _____

2. Identificação do Requerente (Preenchimento obrigatório no caso de não ser o próprio utente)

Nome _____

Documento de Identificação Pessoal: Bilhete de Identidade Cartão de Cidadão

Carta de Condução Passaporte Número: _____

Residente em _____

Código Postal _____ / _____ Localidade _____

Contactos telefónicos: _____

Endereço eletrónico _____

Relacionamento com o utente: Pai/Mãe Filho(a) Cônjuge/União de Facto

Viúvo(a) Outro. Especifique: _____

2.1. Legitimação do pedido:

- É realizado por um responsável legal (anexando obrigatoriamente comprovativo de representação).
- É realizado com o consentimento do utente (anexando obrigatoriamente declaração de consentimento).
- É realizado na salvaguarda do interesse direto, pessoal e legítimo do requerente (cf. artigo 1.º n.º 3 da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto.).
- É realizado pelo facto do interessado não poder assinar por razão de doença ou deficiência (anexando obrigatoriamente uma declaração médica que o comprove ou um despacho favorável do médico responsável pelo seguimento no hospital).

3. Finalidade do Pedido de Acesso à Informação (Preenchimento obrigatório no caso de não ser o próprio utente o requerente, em conformidade com o artigo 6.º n.º 5 da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto)

Fins a que se destina o pedido:

- Prestação de Cuidados
- Fins de Prova
- Outro.Especifique:

4. O pedido de informação refere-se a:

- Internamento no Serviço (indicar Serviço/Unidade hospitalar e data):

- Consulta Médica/Enfermagem (indicar Centro de Saúde e data):

- Consulta Externa na Especialidade (indicar especialidade/Unidade Hospitalar e data):

- Episódio de Urgência (indicar local e data):

- Outro. Especifique: _____

4.1. Tipo de Informação Requerida:

- Relatório Médico
- Cópia de Exames Imagiológicos*
- Cópia de Exames Analíticos*
- Cópia de Registos Clínicos*
- Certificado de Óbito
- Preenchimento do Impresso de Acidentes em Serviço
- Outro. Especifique: _____

*Poderá implicar custos de reprodução.

Remete documentos de suporte em anexo: Sim Não

Nota 1: Se o presente pedido for submetido eletronicamente ou faz assinatura digital qualificada; ou posteriormente vem à Unidade Hospitalar/ Centro de Saúde exibir o seu documento de identificação pessoal; ou no âmbito do seu espaço de liberdade e com a manifestação expressa 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.

De que forma pretende que lhe seja entregue a informação solicitada?

Em mão Via postal

Declaração de consentimento

- Declaro** para os efeitos previstos no Regulamento Geral de Proteção de dados (RGDP) (EU)2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 prestar, por este meio, o meu EXPRESSO CONSENTIMENTO para o tratamento dos meus dados pessoais e documentação que me digam respeito, os quais tenha direta ou indiretamente fornecido ou cedido à Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE (ULSNE, EPE), Pessoa Coletiva n.º 509932584, com sede na Avenida Abade de Baçal, 5301-852, sob compromisso desta entidade manter a confidencialidade dos dados, não serem divulgados e serem usados exclusivamente para a finalidade que motiva a presente cedência. **
- Declaro** permitir, sem prejuízo do atrás disposto, ser contactado pela ULSNE por SMS, email, telefone ou qualquer outra plataforma eletrónica ou digital, e ter conhecimento que disponibilizo os presentes dados para aceder à informação clínica em posse da ULSNE. **
- Mais declaro**, para os efeitos do Regulamento Geral de Proteção de Dados – RGDP, ter tomado pleno conhecimento e compreendido devidamente os direitos que me assistem relativamente aos meus dados pessoais e o teor completo da presente declaração. **

*** Campo de preenchimento obrigatório*

Pede deferimento,

_____, de _____ de _____

(Assinatura do requerente)