

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 exhibir 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 exhibe o documento de identificação a quem recebe o pedido.

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

☐ Em mão ☐ Via postal

Pede deferimento,

_____, de _____ de _____

(Assinatura do requerente)