



**Norma de Procedimentos para
Responsável Acesso à Informação**

Publicação: Unidade Saúde Familiar Santo António da Charneca; ACES Arco Ribeirinho

Exº Senhor Coordenador da USF Santo António da Charneca

Nome _____

Data de Nascimento _____, Residente em _____

e-mail _____ Bilhete de Identidade nº _____

ao abrigo do do disposto na Lei Nº 46/2007, de 24 de agosto, na qualidade de _____ para efeitos de _____

Vem mui respeitosamente, requerer a autorização ao acesso a informações clínicas de que é titular ou de (nome) _____

Data de nascimento _____, residente _____

constantes do processo Clínico nº _____, na modalidade de acesso abaixo assinalada:

	Modalidade de acesso	Referir com precisão as áreas assistenciais, datas e serviços
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

<input type="checkbox"/>	Intermediação Médica Opcional
Por meu interesse, ao abrigo do artº 7º da Lei 46/2007, indico para efeitos de intermediação, o médico/a Dr./Drª _____, com a morada: _____	
Codigo Postal _____	

Forma de Entrega	
<input type="checkbox"/> Correio Simples	<input type="checkbox"/> Levantamento Presencial

_____, ____ de _____ de 20__

O Requerente _____ (assinatura conforme BI)

O/A funcionário _____ (nome e nº mecanográfico)

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

Versão nº	Elaboração	Aprovação	Revisão
1	Enfª Florbela Duarte Luis Pinto Data: 02/05/2016	Dr. José Cabrita Dr. Luis Pinto Enf. Florbela Duarte Data: __/__/__	Dr. José Cabrita Dr. Luis Pinto Enf. Florbela Duarte Data: __/__/__