



Exma. Senhora,  
Diretora Executiva do ACES Gaia

Despacho

Nome: \_\_\_\_\_  
data de nascimento \_\_/\_\_/\_\_\_\_/, residente em \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Telefone \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_, B.I./C.C. nº \_\_\_\_\_  
emitido em \_\_/\_\_/\_\_\_\_, ao abrigo do disposto na Lei n.º 46/2007, de 24 de Agosto, na qualidade de (1)\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ para efeitos (2)\_\_\_\_\_

vem, muito respeitosamente, requerer a V. Exa. se digne a 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:

|                          | Modalidade de Acesso                      | Referir com precisão as áreas assistenciais (4), datas e serviços: |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Certidão/Declaração/Relatório Clínico (5) |  |
| <input type="checkbox"/> | Cópia dos exames clínicos                 |  |
| <input type="checkbox"/> | Cópia de exames(_____) (6)                |  |
| <input type="checkbox"/> | Consulta do Processo Clínico (7)          |  |

**Intermediação Médica (opcional)**

Por meu interesse, ao abrigo do artigo 7º da Lei 46/2007, indico para efeitos de intermediação, o médico/a  
Dr./Dra. \_\_\_\_\_  
com morada: \_\_\_\_\_  
código de postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Forma de Entrega (8)**

Por correio simples  Levantamento presencial (9)

\_\_\_\_\_, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

O Requerente \_\_\_\_\_ (assinatura conforme BI)

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

O/A funcionário(a) \_\_\_\_\_ (nome e nº mecanográfico)



### 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.

### 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 n.º \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Arquivo.