

## REQUISIÇÃO DE INFORMAÇÃO / DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA

<p><b>A PREENCHER PELOS SERVIÇOS</b></p> <p><b>DOC. IDENTIFICAÇÃO ANEXOS (BI/CC/Passaporte/Visto)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Utente</p> <p><input type="checkbox"/> Requerente</p> <p><input type="checkbox"/> Habilitação de Herdeiros (caso utente falecido)</p> <p>Recebido por : _____ <span style="margin-left: 250px;">(carimbo)</span></p> <p>Data ____/____/____</p>	<p style="text-align: center;"><b>PARECER</b></p> <p><input type="checkbox"/> CADA                      <input type="checkbox"/> CNPD</p> <p><input type="checkbox"/> Outro _____</p> <p style="text-align: center;">_____ (carimbo)</p> <p>Data ____/____/____</p>	<p style="text-align: center;"><b>DESPACHO</b></p> <p><input type="checkbox"/> DIFERIDO</p> <p><input type="checkbox"/> INDEFERIDO</p> <p style="text-align: center;">_____ (carimbo)</p> <p>Data ____/____/____</p>
---	---	--

**PROCESSO A REQUERER** (A PREECHER PELO INTERESSADO OU SEU REPRESENTANTE)

Nome: \_\_\_\_\_

N.º Utente de Saúde: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Correio electrónico: \_\_\_\_\_

Vem requerer autorização ao Conselho Clínico e de Saúde a cedência de informação clínica para efeitos de \_\_\_\_\_

Referente à assistência prestada na:

PERÍODO DA INFORMAÇÃO	Unidade
<input type="checkbox"/> de ____/____/____ a ____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> de ____/____/____ a ____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> processo completo	<input type="checkbox"/> Outra situação _____

Assinatura (correspondente ao Doc. Identificação): \_\_\_\_\_

**DADOS DO REQUERENTE** (SE SOLICITADO POR TERCEIROS)

Nome do Requerente: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente (correspondente ao Doc. Identificação): \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO À INFORMAÇÃO** (SE SOLICITADO POR TERCEIROS)

Eu, \_\_\_\_\_, com o n.º de documento de identificação: \_\_\_\_\_

declaro que autorizo o requerente a solicitar e a ter acesso à informação.

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      ASS \_\_\_\_\_

**A informação será enviada para** (ASSINALAR A OPÇÃO PRETENDIDA)

e-mail do Utente     e-mail do Requerente     morada do utente     morada do requerente

## INSTRUÇÕES PARA REQUERIMENTO DE INFORMAÇÃO / DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA

No caso de não ser o doente a solicitar os documentos clínicos, deve o requisitante apresentar preenchido o PONTO referente “**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO À INFORMAÇÃO** (SE SOLICITADO POR TERCEIROS)” a autorização por escrito do doente (quando aplicável) para cedência de documentação ao próprio.

Caso existam dúvidas sobre a cedência dos documentos ou informação, este ACES solicitará parecer à entidade competente, como sejam a Comissão Nacional de Proteção de Dados (CPND), Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos (CADA) e/ou Gabinete Jurídico (GJ), dando posteriormente conhecimento ao requisitante.

O procedimento de análise do documento apresenta a seguinte distribuição

- 1. O utente preenche e entrega a documentação solicitada
  - Na Unidade, ou
  - Por email [aces.sintra@arslv.min-saúde.pt](mailto:aces.sintra@arslv.min-saúde.pt)
- 2. É verificada se o pedido e os documentos anexos estão conforme
- 3. Submetido ao Parecer do Conselho Clínico
- 4. Caso seja diferido, a informação é solicitada à Unidade
- 5. Resposta ao interessado no formato desejado