



REQUERIMENTO DE ACESSO A INFORMAÇÃO DE SAÚDE

DESPACHO: _____ REQUERIMENTO N.º: ___/___/___ UNIDADE FAMILIÇÃO
UNIDADE SANTO TIRSO

1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: _____ Data de Nascimento: ___/___/___

Filho/a de: _____ e de: _____

Morada: _____ Código Postal: _____ - _____

Nome: _____ Data de Nascimento: ___/___/___

Titular do Processo Clínico n.º: _____

Telefone: _____ ou _____ E-mail: _____ @ _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE (SE DIFERENTE DO UTENTE) (1)

Nome: _____ Data de Nascimento: ___/___/___

Morada: _____ Código Postal: _____ - _____

Telefone: _____ E-mail: _____ @ _____

Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão: _____ Validade: ___/___/___

Relacionamento com o Utente: Pai/Mãe ___ Filho/a ___ Cônjuge ___ União de Facto ___ Viúvo/a ___ Outro. Qual? _____

Razão pela qual o pedido não é feito pelo próprio: _____

3. REQUISIÇÃO

EXMO. RESPONSÁVEL PELO ACESSO À INFORMAÇÃO DO CHMA, EPE (Artigo 9.º da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto)

O Requerente, acima identificado, ao abrigo do disposto na Lei n.º 26/2016, de 22 de Agosto, vem requerer autorização para acesso a informações clínicas constantes do Processo Clínico n.º _____, na modalidade de acesso abaixo assinalada.

Tipo de informação requerida/Modalidades de Acesso	Referir com precisão as áreas assistenciais (3), datas e serviços
<input type="checkbox"/> Relatório Clínico	
<input type="checkbox"/> Fotocópia dos Registos Clínicos*	
<input type="checkbox"/> Cópia dos exames*: _____ (4)	
<input type="checkbox"/> Certificado de Óbito	
<input type="checkbox"/> Preenchimento do Impresso de Acidente em Serviço (Decreto Lei n.º 503/1999, de 20 de novembro)	
<input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____	

*Poderá implicar custos de reprodução.

Intermediação Médica (Opcional)	
Por meu interesse ao abrigo do art.º 3º, n.º3 da Lei 26/2016, indico para efeitos de intermediação, o médico:	
Nome:	_____
Morada:	_____

Forma de Entrega(5): Levantamento Presencial(6) Por Correio Simples Por E-Mail

_____, de _____ de 20____.

O Requerente(7): _____ (assinatura conforme BI/CC)

CONFIRMEI A IDENTIDADE DO REQUERENTE, MEDIANTE VERIFICAÇÃO DO BILHETE DE IDENTIDADE / CARTÃO DE CIDADÃO

O funcionário: _____ Nº mecanografico _____

4. RECIBO

Deu entrada na Unidade de Famalicao / Santo Tirso (RISCAR O QUE NÃO INTERESSA) em: ___/___/_____,

o requerimento de informação clínica n.º _____.

O funcionário:

Pode solicitar informação acerca do seu pedido através do n.º 252 300 800.

_____, _____

assinatura



3. DESPACHOS E INFORMAÇÕES INTERCALARES

Notas Explicativas:

- (1) Quando for um terceiro com legitimidade para aceder a documentos nominativos, indicar relacionamento com o utente ou tipo de representação.
- (2) facultativo, se for o próprio.
- (3) Áreas assistenciais: Internamento / Consulta Externa / Urgência / Hospital de Dia.
- (4) Identificar o Exame pretendido.
- (5) Preencher apenas se não tiver optado por intermediação médica.
- (6) Ver verso do RECIBO destacável para preencher Autorização de Levantamento de Documentos por pessoa autorizada, a qual deve vir assinada pelo requerente, aquando do levantamento.
- (7) Se o presente pedido for remetido eletronicamente ou faz assinatura digital qualificada, ou posteriormente deverá o requerente exibir o seu documento de identificação pessoal presencialmente no CHMA, ou no âmbito do seu espaço de liberdade e como 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.
- (8) Aplicável apenas nos casos em que a informação requerida se encontre disponível em formato eletrónico.

Em caso de dúvida no preenchimento contacte o gabinete de apoio ao FAI através do telefone 252 300800 (Unidade de Famalicão - ext. 224 ou Unidade de Santo Tirso - ext. 3313) ou através do email: rai@chma.min-saude.pt



USAR APENAS NO CASO DE LEVANTAMENTO PRESENCIAL

Recebi a ___ / ___ / _____ a informação solicitada correspondente a este recibo.
Autorizo que _____
possa levantar a informação solicitada.

O requerente:

A pessoa autorizada:

BI/CC nº _____ validade: ___ / ___ / _____