

Despacho:

## Requerimento de Acesso à Informação de Saúde

Nome \_\_\_\_\_  
data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ morada \_\_\_\_\_  
código postal \_\_\_\_ - \_\_\_\_ <sup>(1)</sup>telefone/telemóvel: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ <sup>(1)</sup>B.I./C.C. N.º: \_\_\_\_\_ validade:  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, ao abrigo do disposto na Lei n.º 46/2007, de 24 de Agosto, na qualidade de  
<sup>(1)</sup>próprio / representante / outro <sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_ para efeitos  
de <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ vem requerer o acesso a informações  
clínicas constantes do Proc. Clínico N.º \_\_\_\_\_ de que é titular / em nome de <sup>(1)(4)</sup> \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, residente  
em \_\_\_\_\_, código postal \_\_\_\_ - \_\_\_\_.

**Notas explicativas:** <sup>(1)</sup>Riscar o que não se aplica. <sup>(2)</sup>Próprio, representante ou outro com legitimidade para aceder a documentos nominativos – indicar tipo de representação (Tutor / pais / detentores do poder paternal / curador). <sup>(3)</sup>Facultativo, se for o próprio. <sup>(4)</sup>Se o requerente for a mesma pessoa que o titular da informação, não preencher os campos – nome, data de nascimento e morada.

### Descriminação do requerido:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Forma de entrega:**  Em mão  Por correio  Por e-mail

O Requerente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_  
(assinatura conforme B.I./C.C.)

Confirmei a identidade do requerente, mediante verificação do B.I./C.C.

O Assistente Técnico: \_\_\_\_\_ N.º Mec.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Autorizo que \_\_\_\_\_  
portador(a) do B.I./C.C n.º \_\_\_\_\_, possa levantar a informação clínica solicitada.

O Titular: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_  
(assinatura conforme B.I./C.C.)

Recebi: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_  
(assinatura conforme B.I./C.C.)