

DESPACHO

**Ao Responsável pelo Acesso à Informação (RAI)
do ACES Grande Porto VI – Porto Oriental**

Nome _____,
data de nascimento ___/___/_____, residente em _____
_____ (código postal) _____ - _____ - _____,
Telefone _____, E-mail _____@_____, Bilhete Identidade ou
Cartão Cidadão Nº _____, Validade ___/___/_____, ao abrigo do disposto na Lei n.º 46/2007, de 24
de Agosto, na qualidade de (1) _____

para efeitos de (2) _____,
_____ vem, muito
respeitosamente, requerer a V. Ex.ª se digne 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:

	MODALIDADES 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 Registos Clínicos	
<input type="checkbox"/>	Cópias de Exames (6)	
<input type="checkbox"/>	Consultar o 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./Dr.ª _____, com a morada:
Postal _____ - _____ - _____.

FORMA DE ENTREGA (8)

Por correio simples Levantamento Presencial (9)

_____, ___ de _____ de _____

O Requerente _____ (assinatura conforme BI/CC)

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

O/a Funcionário/a _____ (nome e nº mecanográfico)

✘

RECIBO

Deu entrada na Unidade de Saúde _____, em ___/___/_____, o requerimento de informação clínica
n.º _____

O/a Funcionário/a _____

Ver notas explicativas no verso

Notas explicativas ao preenchimento:

- 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 efetuado 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.

Informações intercalares (reservado aos serviços):

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 _____)