

## Pedido de Acesso a Registos Clínicos Por Terceiros

Exmo.(a). Senhor(a)  
Responsável pelo Acesso à Informação  
(Artigo 9.º da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto)

### SERVIÇO DE RELATÓRIOS CLÍNICOS

N.º DE REGISTO: \_\_\_\_\_  
ENTRADA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
SAÍDA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ASSINATURA: \_\_\_\_\_

#### Identificação do/a Requerente dos Dados (Preenchimento obrigatório)

Nome \_\_\_\_\_

Residência \_\_\_\_\_

Cód. Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_

BI/C.Cidadão  C.Condução  Passaporte N.º \_\_\_\_\_

Telf./Tlm. \_\_\_\_\_ Endereço eletrónico \_\_\_\_\_

Relação com o/a Utente:  Progenitor(a)  Filho(a)  Cônjuge/União de Facto  Viúvo(a)  Representante Legal

Outro (especifique): \_\_\_\_\_

#### Identificação do/a Utente Titular dos Dados

Nome \_\_\_\_\_

Residência \_\_\_\_\_

Cód. Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telf./Tlm. \_\_\_\_\_

N.º SNS \_\_\_\_\_ Endereço eletrónico \_\_\_\_\_

**Ao abrigo do disposto na Lei 26/2016 de 22 de agosto, vem requerer a V/Exa. a seguinte informação clínica:**

Relatório Clínico  Cópia do Processo Clínico  Cópia do Diário Clínico  Certificado de Óbito

Exames CD  Exames só Relatório

Outros \_\_\_\_\_ ( Poderá implicar custos de reprodução.)

Para efeitos de: (Preenchimento obrigatório) \_\_\_\_\_

**Indicar o(s) tipo(s) de episódio(s) do(s) qual(uais) pretende informação:**

Internamento(s)  Consulta(s)  Urgência(s)

(Indique Especialidade e data) \_\_\_\_\_

(Indique Especialidade e data) \_\_\_\_\_

(Indique Especialidade e data) \_\_\_\_\_

**De que forma pretende que lhe seja entregue a informação solicitada?**

Em mão  Via Postal (para a morada indicado pelo requerente)

Via Eletrónica (para o endereço eletrónico indicado pelo requerente, exceto CD sendo que os originais seguem também via postal)

Caso a opção de entrega do presente formulário ao CHTS seja não presencial, ou seja, via correio ou endereço eletrónico, declaro consentir no envio de reprodução do cartão do cidadão em fotocópia, ao CHTS, conforme o n.º 2 do art.º 5º da Lei n.º 7/2007 de 5 de fevereiro.

**INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DE DADOS DE SAÚDE:**

Os dados de saúde dos utentes são tratados de acordo com o Regulamento sobre a Proteção dos Dados Pessoais (RGPD), adaptado à ordem jurídica portuguesa pela Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, e com a demais legislação portuguesa relativa a dados pessoais, acesso a informação administrativa e tratamento específico de dados de saúde e informação genética.

Os dados recolhidos neste formulário são tratados pelo Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa EPE, e destinam-se apenas ao tratamento e efetivação de pedido de acesso a informação clínica, não integrando o processo clínico do titular. Este formulário será conservado pelo período necessário à satisfação do pedido e arquivado digitalmente pelo prazo mínimo de 10 anos. De acordo com a legislação, o titular e o requerente poderão ter acesso a cópia deste formulário, solicitar informação sobre o seu tratamento, retificá-lo, opor-se ao seu tratamento por meios automatizados ou requerer o seu apagamento.

Caso este requerimento consubstancie um pedido subsequente, poderão ser cobrados custos administrativos sobre as cópias emitidas (n.º 3, do art.º 15 do RGPD).

**Cópia do Bilhete de Identidade ou Cartão do Cidadão:** A cópia/digitalização do documento de identificação apenas ocorre no caso de:

1. O pedido ser apresentado por meios de comunicação à distância sem assinatura digital, pois é necessário para a verificação da identidade e assinatura;
2. Quando o titular dos dados é pessoa diversa do requerente, para prova da identidade do titular dos dados que se pretende aceder;
3. Quando seja necessário para prova de algum facto nele constante (prova que o utente “não sabe assinar” ou da relação familiar – caso de pedido por pais/filhos);
4. Fora dos casos anteriores, quando o titular do documento autorizar a sua cópia.

Pede deferimento,

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (assinatura do REQUERENTE conforme BI/CC)

**A preencher pelos Serviços**

“Confirmei a identidade do(a) requerente, mediante verificação do documento de identificação”.

O(a) Funcionário(a) do CHTS \_\_\_\_\_ (nome e n.º mecanográfico.)

**Informação dos(as) Responsáveis**

**DESPACHO DO (A) RESPONSÁVEL PELO ACESSO À INFORMAÇÃO [RAI]**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Rúbrica \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÃO DA DIREÇÃO CLÍNICA**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Rúbrica \_\_\_\_\_