

Pedido de Acesso a Registos Clínicos Por Terceiros (Advogados)

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 Utente Titular dos Dados

Nome _____

Residência _____

Cód. Postal _____ - _____ Localidade _____

Data de Nascimento ____/____/____ Telf./Tlm. _____

N.º SNS _____ Endereço eletrónico _____

Identificação do/a Requerente dos Dados

Nome _____

N.º de Cédula Profissional _____

Domicílio Profissional _____

Cód. Postal _____ - _____ Localidade _____

Telf./Tlm. _____ Endereço eletrónico profissional _____

Legitimidade para o pedido

Em anexo envio, em suporte digital, procuração explícita e específica, com poderes para solicitar e ter acesso aos registos clínicos do(a) titular acima mencionado(a), indicando a finalidade dos mesmos e o tipo de informação a que estou autorizado(a) a aceder, nos termos da alínea a), do n.º 5, do art.º 6º, da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto, e manifestação inequívoca, por parte do(a) titular dos registos clínicos, em como o acesso consentido é exercido sem intermediação médica, nos termos do n.º 1, do art.º 7º, da citada Lei.

Tipo de Informação Requerida

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

Outros _____ (Poderá implicar custos de reprodução.)

Para efeitos de: _____

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 (com prévio contacto telefónico do Serviço de Relatórios Clínicos)

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)

Pede deferimento, nos termos da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto.

_____, ____/____/____,

(assinatura conforme com o sistema de certificação digital em uso na Ordem dos Advogados)

Uma vez assinado digitalmente, o pedido deve ser remetido para sadrelatorios@chts.min-saude.pt

A preencher pelos Serviços

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

Data ___/___/___

Rúbrica _____

INFORMAÇÃO DA DIREÇÃO CLÍNICA

Data ___/___/___

Rúbrica _____