

Exmo./a. Senhor/a
Diretor/a Clínico/a da USL SANTA MARIA

Nome do Requerente: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____ N.º Telemóvel: _____

Data de nascimento: ____/____/____ BI/CC Título Residência Passaporte

n.º _____, na qualidade de (Parentesco/Cabeça de Casal/Outro) _____

do (a) **UTENTE** _____

FALECIDO(A) em ____/____/____, requer o acesso à seguinte informação clínica, nos termos do n.º 5 do art.º 6 da Lei 26/2016 de 22 de Agosto:

CHULN: _____

Certificado Óbito com causa morte Relatório Clínico Relatório Autópsia

Cópia Processo Clínico Exame Outros (Especifique) _____

Motivo do acesso e fins a que se destina a informação clínica (Pode anexar qualquer documento que considere relevante para apreciação e resposta ao pedido:

Intermediação Médica:

Indico para o efeito, o/a medico/a Dr./Dra. _____ N.º Cédula: _____

Email: _____ @ _____

Morada: _____

Código postal _____ - _____ Localidade: _____

Indicar a Especialidade/Serviço do qual pretende a informação:

Serviço de Urgência em ____/____/____

Consulta de: _____

Serviço de Internamento: _____ data ____/____/____

Exame: _____ data ____/____/____

Indicar a forma pretendida para o envio da informação clínica: (indicar apenas uma opção)

via correio via email _____ @ _____

Pede deferimento,

Data: ____ de ____ de ____

O Requerente: _____ (assinatura conforme BI/CC)

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

O/a Funcionário/a da ULSSM _____ (nome e nº mec.)

Gabinete de

Acesso Informação Clínica

relatoriosclnicos@ulssm.min-saude.pt