

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**

relatoriosclinicos@ulssm.min-saude.pt