

Pedido de acesso a informação clínica MENOR

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

Nome (MENOR): _____

Data Nascimento: ____/____/____ BI/CC Céd. Nasc. Tit. Residência Passaporte
n.º _____ Nacionalidade _____

Nome (Pai/Mãe/Tutor Legal): _____

Morada: _____

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

B.I./C.C. Tit. Residência Passaporte n.º _____, Nacionalidade _____,

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:

Relatório Clínico Cópia Processo Clínico Exames 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:

Médico Assistente Assistente Social Escola Tribunal Embaixada/SEF
 Junta Médica Seguradora Outros (Especifique) _____

Indicar a Especialidade/Serviço do qual pretende a informação: _____ **CHULN:** _____

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 n.º mec.)

Gabinete de
Acesso Informação Clínica