

Pedido de acesso a informação clínica PRÓPRIO

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

UTENTE: _____

Morada: _____

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

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

Data de Nascimento: ____/____/_____, 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 _____

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 Segurança Social Entidade Patronal Tribunal Embaixada/SEF
 Junta Médica/SVIT Seguradora Outros (Especifique) _____

Indicar a Especialidade/Serviço do qual pretende a informação:

Serviço de Urgência em ____/____/____

Consulta de: _____

Consulta de: _____

Serviço de Internamento: _____ data ____/____/____

Exame: _____ data ____/____/____

Exame: _____ data ____/____/____

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

via correio via email _____@_____ (legível)

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

relatoriosclnicos@ulssm.min-saude.pt

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 438/7 – Fax: 210 405 805
www.ulssm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215