

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

Pedido de acesso a informação clínica TERCEIRO

Nome do Requerente: _____

Morada: _____

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

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

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

do (a) **UTENTE** _____ N.º SNS _____

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 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: Na ausência de legitimidade para o acesso, através de autorização/declaração assinada pelo (a) Utente, ou Estatuto de Cuidador Informal, de Maior Acompanhado, ou de Tutor Legal.
Indico para o efeito, o/a medico/a Dr./Dra. _____ N.º Cédula: _____
Email: _____ @ _____
Morada: _____

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