

Pedido de acesso a informação clínica MENOR

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

CHLN: _____

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** ☐ **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:

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.)

GAIC

Gabinete de Acesso Informação à Clínica

gaic@ulssm.min-saude.pt

Av. Professor Egas Moniz

1649-035 LISBOA

Tel: 217 805 438/7

www.ulssm.min-saude.pt