

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:

CHLN: _____

☐ **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):

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 médico/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.)

Nota: Nos termos do artigo 8.º, n.º 2 da Lei. º 26/2016, de 22 de agosto, os documentos nominativos comunicados a terceiros não podem ser utilizados ou reproduzidos de forma incompatível com a autorização concedida, com o fundamento do acesso, com a finalidade determinante da recolha ou com o instrumento de legalização, sob pena de responsabilidade civil por perdas e danos e responsabilidade criminal, nos termos legais.

GAIC

Gabinete de Acesso à Informação Clínica

gaic@ulssm.min-saude.pt

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