

**Pedido de acesso a informação clínica PRÓPRIO**

Exmo./a. Senhor/a

Diretor/a Clínico/a da ULS SANTA MARIA

CHLN \_\_\_\_\_

**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:

☐ 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 ☐ 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 nº mec.)

GAIC

Gabinete de Acesso à Informação Clínica

[gaic@ulssm.min-saude.pt](mailto:gaic@ulssm.min-saude.pt)

Av. Professor Egas Moniz

1649-035 LISBOA

Tel: 217 805 438/7

[www.ulssm.min-saude.pt](http://www.ulssm.min-saude.pt)