



## Pedido de Acesso a Registos Clínicos de Pessoas Singulares

*Formulário de uso exclusivo e obrigatório para advogados/as*

Número do Pedido

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Exm. Senhor*

*Responsável pelo Acesso à Informação do Centro Hospitalar do Porto  
(Artigo 9.º da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto)*

*Dr. Luís Castanheira Nunes*

### Despacho da RAI

Nos termos da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto, e na qualidade de advogado/a, venho solicitar:

#### 1. Identificação do/a Utente

N.º do Processo: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome: \_\_\_\_\_

N.º SNS: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 NIF: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data de Nascimento: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Estado Civil:  Casado(a)  Solteiro(a)  União de Facto  Viúvo(a)  Divorciado(a)

Filho/a de: \_\_\_\_\_

e de \_\_\_\_\_

Residente em: \_\_\_\_\_

Código postal: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Localidade: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Contactos telefónicos: \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_

Endereço eletrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

#### 2. Identificação do/a Requerente

Nome completo: \_\_\_\_\_

N.º da Cédula Profissional: \_\_\_\_\_

Domicílio Profissional: \_\_\_\_\_

Telemóvel: \_\_\_\_\_ Telefone fixo: \_\_\_\_\_

E-mail profissional: \_\_\_\_\_

#### 3. Legitimidade para o pedido

Em anexo envio, em suporte digital, procuração explícita e específica, com poderes para solicitar e ter acesso aos registos clínicos do/a titular acima mencionado/a, indicando a finalidade dos mesmos e o tipo de informação a que estou autorizado/a a aceder, nos termos da alínea a), do n.º 5, do artigo 6.º, da Lei n.º 26/2016 de 22 de agosto, e manifestação inequívoca por parte do/a titular dos registos clínicos, em como o acesso consentido é exercido sem intermediação médica, nos termos do n.º 1 do artigo 7.º da citada lei.

Os termos da procuração são aprovados no convénio assinado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, entre a Ordem dos Advogados e o Centro Hospitalar do Porto, estando o original da mesma arquivada no meu escritório.



**4. Pedido e Contexto**

**Assistido/a no Serviço de Urgência em** *(indique a especialidade e data do episódio)*

---

---

**Tendo ficado internado/a** *(indique a especialidade e o nome do/a médico/a pelo qual foi acompanhado/a)*

---

---

**Frequentando as consultas** *(indicar as especialidade e ano)*

---

---

**Tipo de Informação Requerida**

Relatório Clínico

Cópia de registos clínicos

Cópias de Meios Complementares de Diagnóstico de Imagem

Cópias de Meios Complementares de Diagnóstico Analíticos

Certificado de Óbito

Outra. **Especifique** \_\_\_\_\_

---

**5. Tipo de resposta (modo de envio)**

**Fica condicionado à capacidade de resposta do Hospital, sendo que o/a requerente, preferencialmente opta por:**

Em mão *(com prévio contacto telefónico do Gabinete de Gestão do Acesso à Informação Clínica)*

Por via eletrónica para o e-mail profissional indicado pelo/a requerente

Via Postal *(para o domicílio profissional indicado pelo/a requerente)*

**6. Documentos que anexa**

*Na sequência do pedido, e após o registo do mesmo, o/a requerente vai ser informado/a do número que foi atribuído ao seu pedido.*

*Sempre que necessitar de qualquer esclarecimento, deve indicar o número do pedido e dirigir o pedido de esclarecimento por via eletrónica para [rai@chporto.min-saude.pt](mailto:rai@chporto.min-saude.pt)*

*Podem ainda ser obtidos esclarecimentos entre as 08:00h e as 16:30h (dias úteis) através do n.º 351 222 077 500/ EXT 4168*

Pede deferimento, nos termos da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto.

Porto | | | de

de | | | |

*Assinatura em conformidade com o sistema de certificação digital em uso na Ordem dos Advogados.*

Uma vez assinado digitalmente, o pedido deve ser remetido para [rai@chporto.min-saude.pt](mailto:rai@chporto.min-saude.pt)