

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



Pedido de Acesso a Registos Clínicos por Pessoas Singulares

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/ Gestão do Pedido de Informações Clínicas

1. Identificação do(a) Utente

N.º do Processo:

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

Nome: _____

N.º SNS:

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

 N.º 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 Preenchimento obrigatório caso não seja o(a) próprio(a) titular dos dados

Nome: _____

Residente em: _____

Código postal:

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

 Localidade: _____

Documentação de Identificação Pessoal: Bilhete de Identidade Cartão de Cidadão

Carta de Condução Passaporte Número:

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

Contactos telefónicos:

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

 ou

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

Relacionamento com o(a) Utente: Pai/Mãe Filho(a) Cônjuge/União de Facto Viúvo(a)

Outro. Especifique: _____

Razão pelo qual o pedido não é feito pelo próprio:

3. Finalidade do Pedido de Acesso à Informação

Fins a que se destina o pedido:

4. Pedido e Contexto

Tendo estado internado(a) *Indique a especialidade e a data do episódio*

Frequentando a(s) consulta(s) *Indique a especialidade e nome do(a) médico(a) pelo(a) qual foi acompanhado(a)*

Tendo dado entrada no Serviço de Urgência *Indique a data do episódio*

Tipo de Informação Requerida

- Relatório Médico
- Cópia de Exames Imagiológicos ¹
- Cópia de Exames Analíticos ¹
- Fotocópias de Registos Clínicos ¹
- Certificado de Óbito
- Preenchimento do Impresso de Acidente de Serviço (*Decreto Lei n.º 503/ 1999, de 20 de novembro*)
- Outra. **Especifique**

¹Poderá implicar custos de reprodução

De que forma pretende que lhe seja entregue a informação solicitada? Em mão Via postal

Documentos de suporte em anexo: _____

Nota 1: O presente Pedido de Informações Clínicas destina-se a submissão eletrónica e, no âmbito do seu espaço de liberdade e como manifestação expressa do seu consentimento envia cópia do documento de identificação pessoal, neste caso, concluído o processo ser-lhe-á devolvida ou eliminada a cópia do referido documento, conforme as indicações que dê.; ou posteriormente vem ao Centro Hospitalar do Porto exibir o seu documento de identificação pessoal.

Nota 2: O presente Pedido de Informações Clínicas deverá ser preenchido e assinado pelo titular dos dados ou pelo seu representante, digitalizado e remetido para o endereço eletrónico em rodapé.

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

_____, [] [] de _____ de [] [] [] []

(Assinatura conforme documento de identificação)

Validação da Identidade do(a) Titular dos dados/ Requerente *Preenchido pelo funcionário(a) que recebe o pedido*

Identidade(s) validada(s): Sim Não

Documento(s) de identificação pessoal validado(s): Cartão de Cidadão Passaporte

Bilhete de Identidade Carta de Condução

Em caso de dúvida no preenchimento contacte o Gabinete de Gestão de Acesso à Informação Clínica entre as 08:00h e as 16:30h (dias úteis) através do n.º 222 077 500 – Extensão 4168, ou por correio eletrónico sgd.informacaoclinica@chporto.min-saude.pt