

## Pedido de Acesso a Registos Clínicos de uso exclusivo para advogados

Número do Pedido

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

(A preencher pelo Gabinete de Apoio ao RAI)

Exma. Senhora  
 Responsável pelo Acesso à Informação  
 (Artigo 9.º da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto)  
 Dra. Libânia Monteiro

### Despacho da RAI/ Gestão do Pedido de Informações Clínicas

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

#### 1. Identificação do Utente \*preenchimento obrigatório

N.º do processo \_\_\_\_\_

\*Nome \_\_\_\_\_ \*N.º SNS \_\_\_\_\_

\*Data de nascimento \_\_/\_\_/\_\_\_\_ \*Morada \_\_\_\_\_

\*Código postal \_\_\_\_ - \_\_\_\_ \*Localidade \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_ ou

Telefone \_\_\_\_\_ Correio eletrónico \_\_\_\_\_

#### 2. Identificação do(a) Requerente\* preenchimento obrigatório caso não seja o(a) próprio(a) titular dos dados

\*Nome completo \_\_\_\_\_

\*N.º de cédula profissional \_\_\_\_\_

\*Domicílio profissional \_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_ ou Telefone \_\_\_\_\_

\*Correio eletrónico profissional \_\_\_\_\_

#### 3. Legitimação do 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

Relatório médico (*escolha uma das opções*)

Internamento(s) *indique a especialidade e a data do episódio*

\_\_\_\_\_

Consulta(s) *indique a especialidade e nome do(a) médico(a) pelo(a) qual foi acompanhado(a)*

\_\_\_\_\_

Urgência *indique a data do episódio*

\_\_\_\_\_

Cópia de Exames Imagiológicos<sup>1</sup> *indique a(s) data(s)* \_\_\_\_\_

Cópia de Exames Analíticos<sup>1</sup> *indique a(s) data(s)* \_\_\_\_\_

Fotocópias de Registos Clínicos<sup>1</sup>

Certificado de óbito

Outra. Especifique: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Poderá implicar custos de reprodução

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

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

Por correio eletrónico pelo email profissional indicado pelo(a) requerente

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

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

6. Remete documentos de suporte em anexo:  Sim  Não

Em caso afirmativo, especifique quais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 08h00 e as 16h00 (dias úteis) através do contacto 222 077 500, Extensão 4223.

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)

**SUBMITER**

### Informação sobre o tratamento dados pessoais

Os dados de pessoais recolhidos são tratados de acordo com o Regulamento sobre a Proteção dos Dados Pessoais (RGPD) e pela Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, que executa na ordem jurídica nacional o RGPD, bem como, a demais legislações portuguesas relativas a dados pessoais, acesso a informação administrativa e tratamento específico de dados de saúde e informação genética.

Os dados recolhidos neste formulário são tratados pelo Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE, e destinam-se apenas ao tratamento e efetivação de pedido de acesso a informação clínica. Este formulário será conservado pelo período necessário à satisfação do pedido e arquivado digitalmente pelo prazo máximo de 5 anos.

De acordo com a legislação, o titular e o requerente poderão ter acesso a cópia deste formulário, solicitar informação sobre o seu tratamento, retificá-lo, opor-se ao seu tratamento ou requerer o seu apagamento, através do **endereço eletrónico:** [dpo@chporto.min-saude.pt](mailto:dpo@chporto.min-saude.pt) ou do **endereço postal:**

Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE

Encarregada da Proteção de Dados

Largo do Professor Abel Salazar

4099-001 Porto