

Número do Pedido

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(A preencher pelo Gabinete de Apoio ao RAI)

## Pedido de Emissão de Atestado Médico de Incapacidade Multiuso

Lei nº14/2021, de 6 de abril

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

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

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

\*Morada \_\_\_\_\_ \*Código postal \_\_\_\_ - \_\_\_\_ \*Localidade \_\_\_\_\_

\*Documento de identificação pessoal:

 Cartão de cidadão Bilhete de identidade Título de residência Passaporte

Telemóvel \_\_\_\_\_ ou Telefone \_\_\_\_\_ Correio eletrónico \_\_\_\_\_

\*Relacionamento com o utente:  Pai/Mãe/Titular com responsabilidades parentais  Filho(a)

Cônjuge/união de facto

 Viúvo(a) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

#### 3. Finalidade

Requer a emissão do Atestado de Incapacidade Multiusos na sequência do diagnóstico/tratamento de doença oncológica na especialidade de \_\_\_\_\_.

#### 4. De que forma pretende que lhe seja entregue a informação solicitada

Via correio eletrónico

Em mão

Via postal

Pede deferimento, nos termos da Lei n.º 14/2021, de 6 de abril

Porto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(assinatura conforme documento de identificação)

#### 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 legislação portuguesa relativa 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

**Nota:** Caso opte por utilizar o **correio eletrónico** ou o **endereço postal**, para solicitar o atestado, **deve preencher, imprimir, assinar e remeter o formulário** para o **email:** [sgd.informacaoclinica@chporto.min-saude.pt](mailto:sgd.informacaoclinica@chporto.min-saude.pt) ou para a **morada:**

Centro Hospitalar Universitário do Porto  
Responsável pelo Acesso à Informação  
Largo do Professor Abel Salazar, 4099-001 Porto

#### Validação da Identidade do Utente/Requerente

*preenchido pelo funcionário(a) que recebe o pedido*

Identidade(s) validade(s):  Sim  Não

Documento(s) de identificação pessoal validado(s):

Cartão de cidadão

Bilhete de identidade

Título de residência

Passaporte

O/A assistente técnico(a) \_\_\_\_\_ Número mecanográfico \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Recibo de entrega** *preenchido pelo funcionário(a) que recebe o pedido*

Deu entrada no Centro Hospitalar Universitário do Porto no Serviço de \_\_\_\_\_, em \_\_/\_\_/\_\_, o requerimento de Pedido de Emissão de Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, referente ao Utente \_\_\_\_\_ Proc. Nº \_\_\_\_\_, recém-diagnosticado(a) na especialidade de \_\_\_\_\_.

Em caso de dúvidas no preenchimento do formulário contacte o Gabinete de Acesso à Informação Clínica entre as 8h00 e as 16h00 (dias úteis) através do telefone: 222 077 500 – Extensão 4223 ou por correio eletrónico: [sgd.informacaoclinica@chporto.min-saude.pt](mailto:sgd.informacaoclinica@chporto.min-saude.pt)

O/A assistente técnico(a) \_\_\_\_\_ Número mecanográfico \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_