

Requerimento de Acesso a Registos Clínicos

 **UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
LITORAL ALENTEJANO**

Ex.ma Senhora

Responsável pelo Acesso à Informação (RAI)

(Artigo 9º da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto)

Nº de Entrada Documental

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

(A preencher no registo do pedido)

1. Identificação do Utente

Nº de Processo HLA

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

Nome

Nº SNS

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

NIF

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

Data de
Nascimento

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

Residente

Código Postal

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

Contactos Telefónicos

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

ou

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

Endereço eletrónico

2. Identificação do Requerente

(Preenchimento obrigatório quando o requerente não é o próprio utente)

Nome

Documento de Identificação

☐

Bilhete de Identidade

☐

Cartão do Cidadão

☐

Carta de Condução

☐

Passaporte

Nº

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

Residente

Código Postal

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

Contactos Telefónicos

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

ou

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

Endereço eletrónico

Relação com o Utente:

☐

Pai/Mãe

☐

Filho (a)

☐

Cônjuge / União de Facto

☐

Viúvo (a)

☐

Outro

Motivo pelo qual o requerimento não é efetuado pelo próprio utente:

3. Finalidade do Pedido de Acesso à Informação

Fins a que se destina o pedido:

☐

Prestação de Cuidados

☐

Fins de Prova

☐

Outro

Especifique:

4. Contexto do Pedido

Tipo de Informação Requerida:

☐ Relatório Médico
Especialidade (s)☐ Episódio de urgência
(data)☐ Certificado de Óbito☐ Cópia de Exames de Imagiologia
(especifique):☐ Cópia de Exames Analíticos
(data):☐ Outro (especifique):

De que forma pretende que lhe seja entregue a informação solicitada? ☐ Via postal ☐ Em mão ☐ A terceiros*

*Identificação do autorizado a levantar a informação requerida:

Nome: _____

Documento de identificação: _____

Documentos de suporte em anexo: ☐ Sim. Quais? ☐ Não

Nota 1: Se o presente requerimento foi remetido por via eletrónica, terá de fazer a assinatura digital qualificada; caso contrário, terá de se dirigir a um Centro de Saúde (Alcácer do Sal, Grândola, Odemira, Santiago do Cacém, Sines) ou ao Hospital do Litoral Alentejano para exibir presencialmente o seu documento de identificação pessoal.

Nota 2: No âmbito dos seus direitos e dentro do seu espaço de liberdade, como manifestação expressa do seu consentimento, poderá enviar cópia do referido documento—neste caso, após conclusão do processo, ser-lhe-á devolvida ou eliminada a cópia do documento de identificação pessoal, conforme as indicações que dê.

Nota 3: Se o presente requerimento for entregue presencialmente, assina e exhibe o documento de identificação a quem recebe o pedido.

Nota 4: O requerimento de informação clínica deve ser efetuado, no mínimo, com 15 dias de antecedência face ao prazo em que é pretendido receber a referida informação.

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

_____, ____/____/____

(assinatura conforme documento de identificação)

5. Validação da Identidade do Utente / Requerente

(Preenchimento pelo funcionário que recebe o pedido)

Documento(s) de Identificação pessoal validado(s): ☐ Bilhete de Identidade ☐ Cartão do Cidadão ☐ Carta de Condução ☐ Passaporte

Nº Mecanográfico ____

Nº do documento apresentado ____

Nome do Funcionário _____

Data de Validação: ____/____/____

6. Despacho do Responsável de Acesso à Informação (RAI)

7. Levantamento da informação requerida

Data ____/____/____

Assinatura _____: