

Nome _____

Data de nascimento ___/___/_____, residente _____ (código postal) _____ - _____ Telefone _____, E mail _____ @ _____

BI/Cartão Cidadão nº _____, emitido em ___/___/_____, válido até _____ vem, ao abrigo do disposto na Lei n.º26/2016, de 22 de Agosto, na qualidade de (1) _____

Para efeitos de (2) _____ requerer que se digne autorizar o acesso a informações clínicas de que é titular/ ou de (3) (*nome*) _____

Data de nascimento ___/___/_____, residente _____ (código postal) _____ - _____, beneficiário do SNS nº _____ constantes do

Processo Clínico nº _____ na modalidade de acesso abaixo assinalada:

Modalidades de Acesso (Referir com precisão as áreas assistenciais (4), datas e serviços:
Certidão / Declaração / Relatório Clínico (5)
Cópia dos registos clínicos
Cópia de exames (_____) (6)
Consulta do Processo Clínico (7)
Outro: _____

Intermediação Médica (obrigatória para o acesso de terceiro sem consentimento do titular – Art. 7º, nº 2 da Lei 26/2016)
Indico para efeitos de intermediação, o médico/a Dr./Dr.ª _____, com a morada: _____ Código Postal _____ - _____.

Forma de Entrega (Preencher apenas se não tiver optado por intermediação médica)
Por correio simples . <input type="checkbox"/> Levantamento presencial <input type="checkbox"/>

- (1) Próprio ou terceiro com legitimidade para aceder a documentos nominativos-indicar parentesco ou tipo de representação.
(2) Facultativo, se for o próprio.
(3) Não preencher se o requerente for o titular da informação (i.e., p próprio utente).
(4) Internamento/Consulta Externa/Urgência/Hospital de dia.
(5) Riscar o que não interessa.
(6) Identificar o exame pretendido.
(7) O agendamento será efectuado pelos nossos serviços para o contacto telefónico indicado.

_____, ____ de _____ de 20____

O Requerente _____ (assinatura conforme BI)

Confirmei a identidade do requerente, mediante verificação do BI"

O/a Funcionário/a do CHPL _____ (nome e n.º mecanográfico)

Carimbo do serviço