

## PEDIDO DE ACESSO A INFORMAÇÃO CLÍNICA

### 1. Identificação do/a Utente

Nome: \_\_\_\_\_

Documento de Identificação (CC/ Passaporte/Outro: \_\_\_\_\_) N.º \_\_\_\_\_

Data de validade: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Residente em: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Endereço eletrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### 2. Identificação do Requerente (caso o requerimento seja formulado por terceiros)

Nome: \_\_\_\_\_

Documento de Identificação (CC/ Passaporte/Outro: \_\_\_\_\_) N.º \_\_\_\_\_

Data de validade: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Residente em: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Endereço eletrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Motivo pelo qual o pedido não é feito pelo titular dos dados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. Finalidade do Pedido

Fins a que se destina o pedido:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 4. Informação Requerida

- Relatório Médico
- Fotocópias de Registos Clínicos
- Cópias de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
- Outra. Especifique \_\_\_\_\_

#### 5. Forma de Entrega

- Presencial
- Via postal
- Correio Eletrónico

#### NOTAS

1.O presente pedido deve ser acompanhado de cópia do documento de identificação pessoal. Concluído o processo ser-lhe-á devolvida ou eliminada a cópia do referido documento, conforme manifestação de vontade expressa no espaço infra (\*), podendo, em alternativa, deslocar-se ao CHPL a fim de exibir o seu documento de identificação pessoal.

2.O presente pedido 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.

---

(Assinatura conforme documento de identificação)