



Despacho: _____

Ex.mo Senhor
 Presidente do Conselho de Administração ou
 Conselho Directivo

Nome _____,
 data de nascimento ____/____/____, residente em _____

(código postal) _____ - _____, Telefone _____, E-mail
 _____@_____, Bilhete de Identidade n.º _____, emitido em
 ____/____/____, pelo Arquivo de Identificação de _____, ao abrigo do disposto na Lei n.º
 46/2007, de 24 de Agosto, na qualidade de (1) _____
 para efeitos de (2) _____

_____, vem,
 muito respeitosamente, requerer a V. Ex.ª se digne autorizar o acesso a informações clínicas de que é titular ou
 de (3) (nome) _____, data de
 nascimento ____/____/____, residente em _____

(código postal) _____ - _____, constantes do Processo Clínico n.º
 _____, na modalidade de acesso em baixo assinalada:

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

Intermediação Médica (opcional)

Por meu interesse, ao abrigo do artigo 7º da Lei 46/2007, indico para efeitos de intermediação, o médico/a
 Dr./Dr.ª _____, com a morada:

Código Postal _____ - _____.

FORMA DE ENTREGA (8)

Por correio simples Levantamento presencial (9)

_____, ____ de _____ de 20____

O Requerente _____ (assinatura conforme BI)

"Confirmei a identidade do requerente, mediante verificação do BI"

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

✗

RECIBO

Deu entrada na Unidade de Saúde _____, em ____/____/____, o requerimento de informação clínica n.º _____

O/a Funcionário/a _____

Notas explicativas

- (1) Próprio ou terceiro com legitimidade para aceder a documentos nominativos – indicar parentesco ou tipo de representação.
- (2) Facultativo, se for o próprio.
- (3) Se o requerente for a mesma pessoa que o titular da informação, não preencher os campos – nome, data nascimento e morada.
- (4) Áreas Assistenciais: 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.
- (8) Preencher apenas se não tiver optado por intermediação médica.
- (9) Ver verso do RECIBO destacável para preencher Autorização de Levantamento de Documentos por pessoa autorizada, a qual deve vir assinada pelo requerente, quando do levantamento.

Despachos intercalares:

Requerimento n.º _____

✂

USAR APENAS NO CASO DE LEVANTAMENTO PRESENCIAL

Recebi em ___/___/___ a informação solicitada correspondente a este Recibo.

Autorizo que _____ possa a levantar a informação solicitada.

O requerente,

A pessoa autorizada,

BI n.º _____, de _____, Arquivo _____