

**PEDIDO DE ACESSO À INFORMAÇÃO DE SAÚDE**  
Lei n.º 26/2016, de 22 de Agosto

REQUERIMENTO

Nº \_\_\_\_\_

Exma. Senhora Responsável pelo Acesso à Informação

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

**1 IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

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

Cidadão/Bilhete Ident./Passaporte/Outro: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_

(riscar o que não interessa)

**2 QUALIDADE DO REQUERENTE**

Titular da informação  Representante legal  Mandatário  Outro  \_\_\_\_\_

**3 DADOS DE CONTACTO**

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone nº \_\_\_\_\_ Telemóvel nº \_\_\_\_\_

Correio eletrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**4 IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DA INFORMAÇÃO DE SAÚDE (preencher apenas se diferente do requerente)**

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

Nº Utente: \_\_\_\_\_ Médico de família: \_\_\_\_\_ Unidade de Saúde \_\_\_\_\_

**5 FINALIDADE DO PEDIDO (preenchimento facultativo no caso de ser o próprio)**

**6 MODALIDADES DE ACESSO**

**DATAS**

- Certidão / Declaração / Relatório Clínico
- Cópias dos registos clínicos
- Cópia de exames ( \_\_\_\_\_ )
- Consulta do Processo Clínico (I)

(I) O agendamento será efectuado pelos nossos serviços para o contacto telefónico indicado.

**7 INTERMEDIAÇÃO MÉDICA (Opcional)**

Por meu interesse, ao abrigo do artigo 7º da Lei 26/2016, indico para efeitos de intermediação, o médico/a Dr./Dr.ª \_\_\_\_\_ com a morada \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

**8 FORMA DE ENTREGA**

Por correio simples  Levantamento presencial pelo requerente  Levantamento presencial por pessoa autorizada   
Nome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

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

“Confirmei a identidade do requerente,  
mediante verificação do BI/CC”

O/a Funcionário/a

\_\_\_\_\_  
(nome e n.º mecanográfico)

✂ \_\_\_\_\_

**RECIBO**

Deu entrada na Unidade de Saúde/ACES \_\_\_\_\_, em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, o requerimento para pedido de acesso à informação de saúde n.º \_\_\_\_\_.

O secretariado/RAI \_\_\_\_\_

REQUERIMENTO

Nº \_\_\_\_\_

**NOTAS EXPLICATIVAS**

**I. REGRAS DE IDENTIFICAÇÃO**

- a) Titular da informação de saúde: mediante apresentação do bilhete de identidade/ cartão de cidadão ou outro documento de identificação equivalente.
- b) Representante legal: mediante apresentação de documento comprovativo dessa qualidade e bilhete de identidade/ cartão de cidadão ou outro documento de identificação equivalente, assim como identificação do titular da informação de saúde de acordo com a alínea a).
- c) Terceiros com interesse legítimo: mediante declaração comprovativa de consentimento e identificação do titular da informação de saúde de acordo com a alínea a).

**DESPACHO DA RESPONSÁVEL PELO ACESSO À INFORMAÇÃO**

Rúbrica \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DESPACHO DO (DA) PRESIDENTE DO CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE**

Rúbrica \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**USAR APENAS NO CASO DE LEVANTAMENTO PRESENCIAL**

Recebi em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a informação solicitada correspondente a este Recibo.

Autorizo que \_\_\_\_\_ possa levantar a informação solicitada.

**O Requerente,**

Assinatura: \_\_\_\_\_

**A pessoa autorizada,**

Assinatura: \_\_\_\_\_

Documento de Identificação:

B.I./C.C./Outro: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_