



HOSPITAL DA PRELADA  
MISERICÓRDIA DO PORTO

## REQUERIMENTO DE ACESSO A INFORMAÇÃO DE SAÚDE

REQUERIMENTO N.º: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Filho/a de: \_\_\_\_\_ e de: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Titular do Processo Clínico n.º: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### 2. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE (Preenchimento nos casos que não seja o próprio utente)

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão/Passaporte: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relacionamento com o Utente: Pai/Mãe\_ \_\_\_\_\_ Filho/a\_ \_\_\_\_\_ Cônjuge\_ \_\_\_\_\_ União de Facto\_ \_\_\_\_\_ Viúvo/a\_ \_\_\_\_\_ Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Indique a razão pela qual o pedido não é feito pelo próprio: \_\_\_\_\_

### 3. REQUISIZÃO

O Requerente, acima identificado, ao abrigo do disposto na Lei nº 26/2016, de 22 de agosto, vem requerer autorização para acesso a informações clínicas constantes do Processo Clínico n.º \_\_\_\_\_, na modalidade de acesso abaixo assinalada, infra.

Tipo de informação requerida/Modalidades de Acesso	Referir com precisão as áreas assistenciais <sup>(3)</sup> , datas e serviços
<input type="checkbox"/> Relatório Clínico*	
<input type="checkbox"/> Fotocópia dos Registos Clínicos*	
<input type="checkbox"/> Cópia dos exames imagiológicos*	
<input type="checkbox"/> Cópia de exames analíticos*	
<input type="checkbox"/> Certificado de Óbito	
<input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____	

\*Poderá implicar custos de reprodução.

#### Intermediação Médica (Opcional)

Por meu interesse ao abrigo do art.º 3º, n.º3 da Lei 26/2016, indico para efeitos de intermediação, o médico:

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

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

Forma de Entrega: \_\_\_\_\_ Levantamento Presencial \_\_\_\_\_ Por Correio Simples \_\_\_\_\_ Por E-Mail

O Requerente: \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.  
(assinatura conforme BI/CC)

CONFIRME A IDENTIDADE DO REQUERENTE, MEDIANTE VERIFICAÇÃO DO BILHETE DE IDENTIDADE / CARTÃO DE CIDADÃO

/ PASSAPORTE

O funcionário: \_\_\_\_\_ Nº mecanográfico: | | | | | | | |

### 4. RECIBO

Deu entrada no Hospital da Prelada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ o requerimento de Pedido de Acesso a Informação Clínica, referente ao Utente \_\_\_\_\_  
Proc. n.º \_\_\_\_\_

O funcionário: \_\_\_\_\_

Pode solicitar informação acerca do seu pedido para rai\_prelada@hospitaldaprelada.pt

| | | | | | | | \_\_\_\_\_

assinatura



3. DESPACHOS E INFORMAÇÕES INTERCALARES



*USAR APENAS NO CASO DE LEVANTAMENTO PRESENCIAL*

Recebi a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a informação solicitada correspondente a este recibo.

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

O Requerente:

BI/CC nº \_\_\_\_ validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A pessoa autorizada:

\_\_\_\_\_

BI/CC nº \_\_\_\_\_ validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_