

REQUERIMENTO – ACESSO A DADOS CLÍNICOS DE TERCEIRO

DADOS DO REQUERENTE

Nome _____,
portador do Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão nº _____, válido até ____/____/_____,
residência (completa) _____

telefone nº _____, solicita, ao abrigo da Lei n.º 46/2007, de 24 de Agosto,
acesso a dados clínicos do utente _____

_____, pedido que formula na qualidade de:

- Familiar (indicar grau parentesco) _____
 Advogado/Representante legal
 Outro (especificar) _____

Indicação dos fins a que se destinam os dados solicitados: _____

Data: ____ / ____ / _____ Assinatura: _____

DADOS RELATIVOS AO PEDIDO

Nome do utente: _____

Processo clínico nº _____ (se possível)

Indicar a forma de acesso pretendido:

- Consulta gratuita
 Reprodução por fotocópia ou outra (indicar qual) _____
 Certidão _____

Indicar os dados pretendidos:

- Ficha de Urgência referente ao dia ____ / ____ / _____
 Relatório clínico referente a _____
 Exames de diagnóstico e terapêutica realizados no dia ____ / ____ / _____
 Outros (indicar) _____

Para solicitação de intermediação médica, indicar o nome do médico e seu endereço: _____

O requerente deverá juntar ao pedido:

1. Autorização escrita da pessoa a quem os dados dizem respeito;
2. Fotocópia do bilhete de identidade/cartão do cidadão do titular dos dados ou outro documento que permita validar a sua identidade/assinatura;
3. Caso a pessoa não possa ou não saiba assinar, deve a autorização conter assinatura feita a rogo, devendo o rogo ser dado ou confirmado perante notário;
4. Caso o pedido seja subscrito por mandatário, juntar procuração com poderes especiais para o efeito;
5. Tratando-se de documentação a entregar a seguradora, juntar cópia do contrato de seguro.

Custos com reprodução dos documentos solicitados:

Tomei conhecimento da necessidade de suportar os custos da reprodução dos documentos solicitados

Assinatura do requerente: _____ Data: ____/____/_____