

**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 26/2016, de 22 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 deve:**

1. Identificar-se mediante a exibição de documento de identificação válido (com fotografia) e apresentar fotocópia do bilhete de identidade/cartão do cidadão do titular dos dados ou outro documento que permita validar a sua identidade/assinatura;
2. Juntar autorização escrita da pessoa a quem os dados dizem respeito;
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 obrigatoriamente cópia do contrato de seguro.

**Arquivo Clínico:**

Foi verificada a identidade do requerente através de documento de identificação n.º \_\_\_\_\_

e do titular dos dados através de documento de identificação n.º \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ N.º Mecanográfico: \_\_\_\_\_

**Custos com reprodução dos documentos solicitados:**

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

Assinatura do requerente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_