

Pedido de Acesso à Informação Clínica

Nº _____ / _____

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração

1. Identificação do Utente	Nº de Processo _____
Nome _____	
Morada _____	
Código Postal _____ - _____ Localidade _____	Data de Nascimento ____/____/____
B.I./C.C. nº _____, Nº Utente de Saúde _____, Telefone _____	
Telemóvel _____, Endereço Eletrónico _____	

2. Identificação do Requerente (Preenchimento obrigatório caso não seja o próprio utente)	
Nome _____	
Morada _____	
Código Postal _____ - _____, Localidade _____	Data de Nascimento ____/____/____
B.I./C.C. nº _____, Validade ____/____/____, Telefone _____	
Telemóvel _____, Endereço Eletrónico _____	
Relacionamento com o Utente: <input type="checkbox"/> Pai/Mãe <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Cônjuge/União de Facto <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	
<input type="checkbox"/> Outro. Especifique: _____	
Razão pela qual o pedido não é feito pelo próprio:	

Anexa os seguintes documentos: _____	

3. Finalidade do Processo de Pedido à Informação
O presente pedido destina-se a: _____

RAI:

4. Pedido e Contexto

Tendo estado internado(a): *(Indique o serviço e data do episódio)*

Tendo frequentado a(s) consulta(s): *(Indique a especialidade e nome do médico pelo qual foi acompanhado)*

Tendo dado entrada no Serviço de Urgência: *(Indique a data do episódio)*

Tipo de Informação Requerida:

- Relatório Médico;
- Cópia de Exames Imagiológicos;
- Cópia de Exames Analíticos;
- Fotocópia de Registos Clínicos;
- Certificado de Óbito;
- Outros. Especifique:

A informação deve, preferencialmente, ser entregue: Em mão Via CTT Por e-mail

Pede Deferimento, nos termos da Lei nº 26/2016, de 22 de agosto

_____, ____/____/____

Nota 1: se o presente pedido foi submetido eletronicamente pode fazer assinatura digital qualificada; ou posteriormente vem ao Centro Hospitalar do Médio Tejo exibir o seu documento de identificação; ou no âmbito do seu espaço de liberdade e como manifestação expressa do seu consentimento, envia cópia do referido documento que, concluído o processo, ser-lhe-á devolvida ou eliminada, conforme a sua vontade.

Nota 2: se o presente pedido for entregue presencialmente, assine e exiba o seu documento de identificação.

5. Validação da Identidade do Utente/Requerente (Preenchimento pelo funcionário que recebe o pedido)

Identidade(s) validada(s): sim Não

Documentos Apresentados: Cartão de Cidadão Bilhete de Identidade Outro. Especifique:

Nome do Funcionário: _____ Nº Mecanográfico: _____

Data da Validação: ____/____/____