



RESPONSÁVEL PELO ACESSO À INFORMAÇÃO (RAI)

Pedido de Informação Clínica

Nome do requerente: _____

B.I./Cartão do Cidadão n.º _____, residente em _____

_____ Código Postal _____ - _____

Contato telefónico: _____ Endereço e-mail: _____

Na qualidade de: *(seleccionar opção)*

Utente/ detentor dos dados clínicos Herdeiro Legal: _____
(cônjuge/união de facto; filho(a); mãe/pai)

Representante legal _____
(indicar parentesco do(a) menor ou tipo de representação do incapacitado(a))

Detentor de autorização escrita do titular do processo clínico *(anexar consentimento e fotocópia do BI/CC do titular)*

Terceiro com interesse directo, pessoal e legítimo *(especificar):* _____

Vem requerer que lhe seja disponibilizado(a): *(seleccionar opção pretendida)*

Cópia de Registo Clínico Resultados de Exames de _____

Relatório Médico ¹ Certificado de Óbito com causa de morte

Relativos ao Utente: _____

Processo n.º: _____ N.º do SNS: _____ Data de Nascimento: _____

Referentes aos episódios decorridos no(a): *(seleccionar local de prestação de cuidados)*

Hospital de Sousa Martins (Guarda), Serviço(s) de _____

Hospital de N. Sr.ª Assunção (Seia), Serviço(s) de _____

UCSP/ USF de _____

No(s) período(s) de _____ *(indicar data)*

A informação solicitada destina-se a: *(seleccionar finalidade)*

Junta Médica/ Reforma Seguradoras Acompanhamento Médico Processo Judicial

Outros *(especificar)* _____

A informação deverá ser disponibilizada, preferencialmente, até à data de ____ / ____ / _____¹

Na morada acima indicada/ noutra morada: _____

Através do endereço electrónico acima indicado/ outro endereço: _____

Levantamento presencial por: _____

¹ A ULSG não se compromete a fornecer relatórios médicos no prazo inferior a 10 dias úteis, porquanto a sua produção está dependente da disponibilidade do clínico assistente, para além da actividade assistencial.



Data: ____ / ____ / ____

O Requerente

(Assinatura conforme B.I. ou C.C.)

Notas:

1. Se o pedido for entregue presencialmente, o requerente assina e exhibe o documento de identificação pessoal a quem recebe o pedido, para confrontação da assinatura.
2. Caso o pedido seja submetido eletronicamente ou através de correio, o requerente utiliza assinatura digital qualificada ou exhibe, posteriormente, o seu documento de identificação na Unidade Local de Saúde da Guarda, para confrontação da assinatura. Em alternativa, poderá, para sua conveniência, no âmbito do seu espaço de liberdade e como manifestação do seu consentimento, enviar cópia do respetivo documento de identificação, para confrontação da assinatura.
3. Sempre que o pedido não seja formulado pelo titular da informação, o terceiro deverá acompanhar o requerimento com autorização escrita do titular da informação ou demonstrar ser titular de um interesse direto, pessoal e legítimo suficientemente relevante que justifique o acesso à informação.

Preenchimento pelo(a) funcionário(a) que recebe o pedido

Validação da Identidade do Utente/Requerente: Sim Não

Data de Validação: ____ / ____ / ____

Nome do funcionário(a): _____ N.º Mec.: _____

Preenchimento pelo RAI

Deferido

Indeferido, por motivo de _____

Data: ____ / ____ / ____

O Responsável pelo Acesso à Informação (RAI)
