



## RESPONSÁVEL PELO ACESSO À INFORMAÇÃO (RAI)

## Pedido de Informação Clínica

□ 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): (selecionar opção pretendida) □ Cópia de Registo Clínico □ Resultados de Exames de □ Certificado de Óbito com causa de morte □ Atestado Médico ¹ □ Certificado de Óbito com causa de morte □ Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (Lei n.º 14/2021, de 6 de abril) Relativos ao Utente:□ Processo n.º: □ Data de Nascimento:□ Referentes aos episódios decorridos no(a): (selecionar local de prestação de cuidados) □ Hospital de Sousa Martins (Guarda), Serviço(s) de □ □ UCSP/ USF de □ (indicar data) □ UCSP/ USF de □ (indicar data) A informação solicitada destina-se a: (selecionar finalidade)	Nome do requerente:	
Contato telefónico:Endereço e-mail:	B.I./Cartão do Cidadão n.º	, residente em
Utente/ detentor dos dados clínicos		Código Postal
Utente/ detentor dos dados clínicos   Herdeiro Legal:   (cónjuge/união de facto; filho(a); mãe/pai; (cónjuge/união de facto; filho(a); mãe/pai; (indicar parentesco do(a) menor ou tipo de representação do incapacitado(a);   (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): (selecionar opção pretendida)   Cópia de Registo Clínico   Resultados de Exames de   Relatório Médico   Certificado de Óbito com causa de morte   Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (Lei n.º 14/2021, de 6 de abril)   Relativos ao Utente:   Processo n.º:   N.º do SNS:   Data de Nascimento:   Referentes aos episódios decorridos no(a): (selecionar 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: (selecionar finalidade)   Junta Médica/Reforma   Seguradoras   Acompanhamento Médico   Processo Judicial   Outros (especificar)	Contato telefónico:	Endereço e-mail:
Representante legal	Na qualidade de: (seleccionar opção)	
Representante legal	☐ Utente/ detentor dos dados clínicos	Herdeiro 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): (selecionar opção pretendida)  Cópia de Registo Clínico Resultados de Exames de  Relatório Médico 1 Certificado de Óbito com causa de morte  Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (Lei n.º 14/2021, de 6 de abril)  Relativos ao Utente:  Processo n.º: N.º do SNS: Data de Nascimento:  Referentes aos episódios decorridos no(a): (selecionar local de prestação de cuidados)  Hospital de Sousa Martins (Guarda), Serviço(s) de  UCSP/ USF de  No(s) período(s) de (indicar data)  A informação solicitada destina-se a: (selecionar finalidade)  Junta Médica/Reforma Seguradoras Acompanhamento Médico Processo Judicial  Outros (especificar)	□ Penresentante logal	
Terceiro com interesse directo, pessoal e legítimo (especificar):	Representante tegat	(indicar parentesco do(a) menor ou tipo de representação do incapacitado(a))
Vem requerer que lhe seja disponibilizado(a): (selecionar opção pretendida)  Cópia de Registo Clínico Resultados de Exames de Relatório Médico 1 Certificado de Óbito com causa de morte Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (Lei n.º 14/2021, de 6 de abril)  Relativos ao Utente: Processo n.º: Data de Nascimento: Referentes aos episódios decorridos no(a): (selecionar 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: (selecionar finalidade) Junta Médica/Reforma Seguradoras Acompanhamento Médico Processo Judicial Outros (especificar)	☐ Detentor de autorização escrita do titula	r do processo clínico (anexar consentimento e fotocópia do BI/CC do titular)
Cópia de Registo Clínico Resultados de Exames de Relatório Médico 1 Certificado de Óbito com causa de morte Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (Lei n.º 14/2021, de 6 de abril)  Relativos ao Utente: Processo n.º: N.º do SNS: Data de Nascimento: Referentes aos episódios decorridos no(a): (selecionar 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: (selecionar finalidade) Junta Médica/Reforma Seguradoras Acompanhamento Médico Processo Judicial Outros (especificar)	☐ Terceiro com interesse directo, pessoa	l e legítimo (especificar):
Cópia de Registo Clínico  Resultados de Exames de Relatório Médico 1  Certificado de Óbito com causa de morte  Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (Lei n.º 14/2021, de 6 de abril)  Relativos ao Utente: Data de Nascimento: Processo n.º: N.º do SNS: Data de Nascimento: Referentes aos episódios decorridos no(a): (selecionar 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: (selecionar finalidade)  Junta Médica/Reforma Seguradoras Acompanhamento Médico Processo Judicial Outros (especificar)		
Relatório Médico 1	Vem requerer que lhe seja disponibilizado(a	a): (selecionar opção pretendida)
Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (Lei n.º 14/2021, de 6 de abril)  Relativos ao Utente:	☐ Cópia de Registo Clínico ☐	Resultados de Exames de
Relativos ao Utente:  Processo n.º:	☐ Relatório Médico ¹ ☐ C	Certificado de Óbito com causa de morte
Processo n.º:	Atestado Médico de Incapacidade Mul	tiuso (Lei n.º 14/2021, de 6 de abril)
Referentes aos episódios decorridos no(a): (selecionar 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: (selecionar finalidade) Junta Médica/Reforma Seguradoras Acompanhamento Médico Processo Judicial Outros (especificar)	Relativos ao Utente:	
☐ 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	Processo n.°:N.° do S	NS:Data de Nascimento:
☐ Hospital de N. Sr.ª Assunção (Seia), Serviço(s) de   ☐ UCSP/ USF de	Referentes aos episódios decorridos no(a): (s	elecionar local de prestação de cuidados)
□ UCSP/ USF de	☐ Hospital de Sousa Martins (Guarda), So	erviço(s) de
No(s) período(s) de	☐ Hospital de N. Sr.ª Assunção (Seia), Se	erviço(s) de
A informação solicitada destina-se a: (selecionar finalidade)  Usual Junta Médica/Reforma Seguradoras Acompanhamento Médico Processo Judicial Usual Outros (especificar)	UCSP/ USF de	
Junta Médica/Reforma       □ Seguradoras       □ Acompanhamento Médico       □ Processo Judicial         □ Outros (especificar)       □	No(s) período(s) de	(indicar data)
Outros (especificar)	A informação solicitada destina-se a: (seleci	onar finalidade)
	☐ Junta Médica/Reforma ☐ Segur	adoras 🔲 Acompanhamento Médico 🔲 Processo Judicial
A informação deverá ser disponibilizada, preferencialmente, até à data de//1	Outros (especificar)	
A informação deverá ser disponibilizada, preferencialmente, até à data de/		
,	A informação deverá ser disponibilizada,	preferencialmente, até à data de//1
☐ Na morada acima indicada/ noutra morada:	☐ Na morada acima indicada/ noutra mo	orada:
Através de enderese electrónice acima indicade / outre enderese:	Através de enderese electrónics esim	a indicade/ outre enderses:
Através do endereço electrónico acima indicado/ outro endereço:		a muicado/ outro endereço.

ULSG.Imp.031.01 Página 1 de 2

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> 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.





O Requerente
(Assinatura conforme B.I. ou C.C.)
Notas: 1. Se o pedido for entregue presencialmente, o requerente assina e exibe 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 exibe, 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:
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)

ULSG.Imp.031.01 Página 2 de 2