

Pedido de Acesso a Informação Clínica

Requerimento em nome próprio

N.º Registo: _____

AO RESPONSÁVEL PELO ACESSO À INFORMAÇÃO CLÍNICA (RAI) DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE (ULS) DO ESTUÁRIO DO TEJO, E.P.E.,

(NOME),

RESIDENTE EM _____

(MORADA), _____ - _____ (CÓDIGO POSTAL), _____ (LOCALIDADE),

_____ (TELEFONE /TELEMÓVEL), COM DATA DE NASCIMENTO DE ___ / ___ / _____, PORTADOR

DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO N.º _____, TENDO RECORRIDO AOS SERVIÇOS

DESTA ULS, VEM REQUERER A V/ EXA. QUE SE DIGNE A FORNECER A SEGUINTE INFORMAÇÃO CLÍNICA:

 Cópia do Processo Clínico Relatório Clínico (**NOTA:** caso selecione este ponto, preencha no campo A) abaixo, a consulta ou episódio a que se refere) Exame Outros: _____

INDICAR O(S) EPISÓDIO(S) RELATIVO AO(S) QUAL(S) PRETENDE A INFORMAÇÃO:

Serviço de Urgência em: ___ / ___ / _____

Consulta de: _____ a ___ / ___ / _____

Consulta de: _____ a ___ / ___ / _____

Serviço de Internamento de: _____ a ___ / ___ / _____

Serviço de Internamento de: _____ a ___ / ___ / _____

RAZÃO DO PEDIDO:

 MÉDICO ASSISTENTE Assistente Social Escola Tribunal Junta médica Companhia de

Seguros

 Outros _____

Pedido de Acesso a Informação Clínica

Requerimento em nome próprio

Quando possível, em alternativa ao fornecimento da informação solicitada em suporte físico (papel), solicito o envio da mesma para o endereço de correio eletrónico _____@_____.

Autorizo que a informação clínica solicitada seja levantada por Terceiro (conforme IMP.ADM.011 Pedido de Acesso a Informação Clínica - Autorização de Acesso a Terceiros, em anexo ao presente requerimento).

PEDE DEFERIMENTO,

_____, __ / __ / ____

ASSINATURA: