



Pedido de Acesso a Registos Clínicos por Pessoas Singulares

Exmo. Senhor
Responsável pelo Acesso à Informação
(Artigo 9.º da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto)
Dr. Rui de Vasconcellos Guimarães

1. Identificação do Utente

N.º de Doente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome _____

N.º SNS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 N.º NIF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data de Nascimento

--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--

 -

--	--

Estado Civil: Casado(a) Solteiro(a) União de Facto Viúvo(a) Divorciado(a)

Filho de _____

e de _____

Residente em _____

Código Postal

--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--

 Localidade _____Contactos telefónicos

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ou

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Endereço eletrónico _____ @ _____

2. Identificação do Requerente Preenchimento obrigatório caso não seja o próprio utente

Nome _____

Residente em _____

Código Postal

--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--

 Localidade _____Documento de Identificação Pessoal: Bilhete de Identidade Cartão de Cidadão Carta de Condução PassaporteNúmero

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Contactos telefónicos

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ou

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Endereço eletrónico _____ @ _____

Relacionamento com o Utente: Pai/Mãe Filho(a) Cônjuge/União de Facto Viúvo(a) Outro. Especifique: _____

Razão pela qual o pedido não é feito pelo próprio:

3. Finalidade do Pedido de Acesso à Informação

Fins a que se destina o pedido: Prestação de Cuidados Fins de Prova Outro

Especifique:

4. Pedido e Contexto

Tendo estado internado(a) *Indique a especialidade 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
- Emissão de atestado médico de incapacidade multiuso para os doentes oncológicos (AMIM)
- Cópia de Exames Imagiológicos ¹
- Cópia de Exames Analíticos ¹
- Fotocópia de Registos Clínicos ¹
- Certificado de Óbito
- Preenchimento do Impresso de Acidente em Serviço *(Decreto Lei n.º 503/1999, de 20 de novembro)*
- Outros. **Especifique:**

¹ Poderá implicar custos de reprodução.

De que forma pretende que lhe seja entregue a informação solicitada? Em mão Via postal

Documentos de suporte em anexo: Sim Não [Anexar ficheiro no ato de envio](#)

Nota 1: Se o presente pedido for submetido eletronicamente ou faz assinatura digital qualificada; ou posteriormente vem ao Centro Hospitalar Universitário de São João exibir o seu documento de identificação pessoal; ou no âmbito do seu espaço de liberdade e como manifestação expressa do seu consentimento envia cópia do referido documento, neste caso, concluído o processo ser-lhe-á devolvida ou eliminada a cópia do documento de identificação pessoal, conforme as indicações que dê.

Nota 2: Se o presente pedido for entregue presencialmente, assina e exibe o documento de identificação a quem recebe o pedido.

Pede deferimento, nos termos da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto

Porto, | | | de | | | de | | | | |

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

Identidade(s) validada(s): Sim Não

Documento(s) de identificação pessoal validado(s): Cartão de Cidadão Bilhete de Identidade Carta de Condução Passaporte

Nome do Funcionário: _____ N.º Mecanográfico: | | | | |

Data de Validação: | | | | - | | | - | | |

Em caso de dúvida no preenchimento contacte o Gabinete de Apoio ao RAI através do telefone
225 512 100 – Extensão 1598/5162 **ou pelos números de telemóvel** 910 667 408 **ou** 964 884 608

SUBMITER