



Requerimento de Relatório Clínico de Terceiro

Exmo(a) Sr.(a) Dr.(a) _____

Nome: _____, Data de Nascimento: ____/____/____,
Nacionalidade _____, portador do B.I. / C.C. / Passaporte n.º _____,
Morada: _____, Código Postal: _____ Localidade: _____,
Telef.: _____, Telem.: _____, vem requerer a V. Exa, como familiar (indicar parentesco)/
outro _____ de _____ que recorreu aos Serviços
da Consulped, que se digne ceder-lhe a seguinte informação clínica: Relatório Clínico / Cópia do Processo
Clínico / Outros _____

Motivo do acesso e fins a que se destina a informação: _____

_____, nos termos do n.º 5 do art.º 6 da Lei 26/2016 de 22 de Agosto – “5 – Um terceiro só tem direito de acesso a documentos nominativos: **a) Se estiver munido de autorização escrita do titular dos dados que seja explícita e específica quanto à sua finalidade e quanto ao tipo de dados a que quer aceder; b) Se demonstrar fundamentadamente ser titular de um interesse directo, pessoal, legítimo e constitucionalmente protegido suficientemente relevante, após ponderação, no quadro do princípio da proporcionalidade, de todos os direitos fundamentais em presença e do princípio da administração aberta, que justifique o acesso à informação.”**

Indicar a Consulta da qual pretende a informação:

Consulta de: _____ em ____/____/____

Consulta de: _____ em ____/____/____

Pede Deferimento,

Nome: _____,
Morada: _____ Código Postal: _____ - _____,
Localidade: _____ Telef.: _____, Telem.: _____, portador
do B.I. / C.C. / Tit. Res. / Passaporte n.º _____.

Este requerimento deve ser acompanhado de autorização escrita do titular dos dados que seja explícita e específica quanto à sua finalidade e quanto ao tipo de dados a que quer aceder e das cópias autorizadas dos documentos de identificação do titular dos dados e do requerente. No caso de se tratar de utente que, por motivos de doença ou deficiência esteja impossibilitado de assinar, deverá o requerente apresentar declaração médica que o comprove.

Caso a opção de entrega do presente requerimento à Consulped não seja presencial mas sim via correio normal ou email, **declaro consentir** no envio de reprodução do cartão do cidadão em fotocópia, à Consulped, conforme o nº2 do art. 5º da Lei nº7/2007 de 5 de fevereiro.

Mais declaro que tomei conhecimento que a informação clínica solicitada e acima mencionada apenas pode ser utilizada para os fins declarados neste pedido, de acordo com o nº2 do art.º 8 da Lei n.º 26/2016 de 22 de agosto.

_____, ____/____/____

Assinatura (igual à do B.I. / C.C.) : _____