

Pedido de acesso a informação clínica MENOR

Exmo./a Senhor/a Dr./a _____

Nome (MENOR): _____

Data de nascimento: ____/____/____ ☐ BI/CC ☐ Céd. Nasc. ☐ Título Residência ☐ Passaporte
n.º _____, Nacionalidade _____

Nome(Mãe/Pai/Tutor): _____

Morada: _____

Código postal: _____ - _____ Localidade: _____ N.º Telefone: _____

Data de nascimento: ____/____/____ ☐ BI/CC ☐ Título Residência ☐ Passaporte
n.º _____, Nacionalidade _____

requer o acesso à seguinte informação clínica, nos termos do n.º 5 do art.º 6 da Lei 26/2016 de 22 de Agosto:

☐ **Relatório Clínico** ☐ **Exames** ☐ **Outros (Especifique)** _____

Motivo do acesso e fins a que se destina a informação clínica (Pode anexar qualquer documento que considere relevante para apreciação e reposta ao pedido): _____

☐ Médico Assistente ☐ Assistente social ☐ Escola ☐ Tribunal ☐ Seguradora
☐ Junta Médica ☐ Outros: _____

Indicar a Consulta da qual pretende a informação:

Consulta de: _____ data ____/____/____

Consulta de: _____ data ____/____/____

Exame: _____ data ____/____/____

Exame: _____ data ____/____/____

Indicar a forma pretendida para o envio da informação clínica: (indicar apenas uma opção)

☐ Via Correio ☐ via e-mail _____@_____ (legível)

Pede deferimento,

Data: _____ de _____ de _____

O Requerente: _____ (assinatura conforme BI/CC)

Este requerimento deve ser acompanhado do cartão de cidadão do menor e da mãe/pai/tutor legal que assina o requerimento.

Caso a opção de entrega do presente requerimento à Consulped não seja presencial mas sim via correio ou e-mail, **declaro consentir** no envio de reprodução do cartão do cidadão em fotocópia, à Consulped, conforme o n.º 2 do art. 5.º da Lei n.º 7/2007 de 5 de Fevereiro.

Nos termos do art.º 5º da Lei n.º 26/2016 de 22 de Agosto – Direito de acesso – “Todos , sem necessidade de enunciar qualquer interesse, têm direito de acesso a documentos administrativos, o qual compreende os direitos de consulta, de reprodução e de informação sobre a sua existência e conteúdo”, salvo as exceções previstas na lei.

A preencher pelo/a funcionário da Consulped:

Confirmei a identidade do requerente , mediante verificação dos documentos de identificação.

O(a) funcionário da Consulped : _____ (nome e assinatura)

Data de verificação: _____ de _____ de _____

Consulped – Consultórios de Pediatria e da Família

Sede: Rua Francisco Sá Carneiro, n.º 11B, 2900 -379 Setúbal Tel: 265 52 51 52 email:geral@consulped.pt

www.consulped.pt