

Pedido de acesso a informação clínica TERCEIRO

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

Nome do requerente: _____

Morada: _____

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

Data de nascimento: ____/____/____ ☐ BI/CC ☐ Título Residência ☐ Passaport

n.º _____, na qualidade de (Parentesco /Outro) _____

do (a) **UTENTE** _____ N.º SNS _____

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 resposta ao pedido): _____

☐ Médico Assistente ☐ Segurança Social ☐ Entidade Patronal ☐ Tribunal
☐ Junta Médica ☐ Outros: _____

Nos termos do n.º 5 do art.º 6 da Lei 26/2016 de 22 de Agosto – “5 – Um terceiro só tem 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: _____ data ____/____/____

Exame: _____ data ____/____/____

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

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

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 de 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 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.

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 n.º 2 do art.º 8 da Lei 26/2016 de 22 de Agosto.

Pede deferimento,

Data: _____ de _____ de _____

O Requerente: _____ (assinatura conforme BI /CC)

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