



## 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.) : \_\_\_\_\_