



ACESSO À INFORMAÇÃO DE SAÚDE

DESPACHO

Exmº (a) Senhor(a)

Responsável pelo Acesso à Informação de Saúde da ULSCB

☐ Autorizado

☐ Não autorizado

☐ Outro _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE Processo nº _____

Nome completo _____ CC _____

NIF _____ SNS _____ Data Nascimento ____/____/____

Residência _____

Código Postal _____ Localidade _____

Contato telefónico _____ Correio eletrónico _____@_____

2. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE (preenchimento obrigatório caso o requerente não seja o próprio)

Nome Completo _____

Documento identificação - B.I. ☐ Cartão Cidadão ☐ outro ☐ _____ nº _____

Data de validade ____/____/____ NIF _____ Residência _____

Contato telefónico _____ Correio eletrónico _____@_____

Na qualidade de Progenitor ☐ Filho ☐ Conjugue ☐ União de facto ☐ outro ☐ _____

Documento OBRIGATORIO apresentado pelo Representante Legal (juntar anexo) _____

3. PEDIDO

HAL ☐

Centro de Saúde ☐

Por favor indique:

Especialidade _____ Médico _____ Data ____/____/____

Cópias do processo ☐ Cópia de Diários Clínicos ☐ Certificado de óbito ☐ AMIM ☐

Análises ☐ Raios X ☐ TAC ☐ RM ☐ Relatórios Clínicos ☐ _____

Nota de alta e mcdt's do serviço de urgência ☐ OUTROS ☐ _____

4. MEIOS DE RECEÇÃO

Por favor indique o meio através do qual pretende receber a documentação clínica:

Levantamento presencial ☐ Correio postal ☐ Correio eletrónico ☐ _____@_____

ASSINATURA _____

DATA ____/____/____

5. A PREENCHER PELO SERVIÇO CENTRAL DE GESTÃO DE DOENTES

Confirmo os dados do documento de identificação que, perante mim, pelo próprio, me foi apresentado, encontrando-se este pedido em conformidade com as normas e legislação instituídas.

O Assistente Técnico _____ nº mec _____ data ____/____/____