

Ex.mo Senhor  
Diretor Executivo ACES Entre Douro e Vouga – Feira/Arouca

Requerimento n.º \_\_\_\_\_  
Despacho:

Nome \_\_\_\_\_, número de utente \_\_\_\_\_,  
data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente em \_\_\_\_\_,  
(código postal) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, TLF/TLM \_\_\_\_\_, E-mail \_\_\_\_\_  
@ \_\_\_\_\_, B.I/CC n.º \_\_\_\_\_, emitido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, não abrigo do disposto na Lei n.º 26/2016, de 22 de Agosto, na qualidade de **(1)**  
\_\_\_\_\_ para efeitos de **(2)** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ vem,  
muito respeitosamente, requerer a V. Ex.ª se digne autorizar o acesso a informações clínicas de que é titular ou  
de **(3) (nome)** \_\_\_\_\_, data de  
nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente  
em \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**(código postal)** \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, constantes do Processo Clínico n.º \_\_\_\_\_,  
na modalidade de acesso em baixo assinalada:

Modalidades de Acesso	Referir com precisão as áreas assistenciais (4), datas e serviços:
Certidão / Declaração / Relatório Clínico (5)	
Cópia dos registos clínicos	
Cópia de exames ( _____ ) (6)	
Consulta do Processo Clínico (7)	
Pedido de segunda opinião médica	<input type="checkbox"/> Interna <input type="checkbox"/> Externa <input type="checkbox"/>

**Intermediação Médica (opcional)**

Por meu interesse, ao abrigo do artigo 7º da Lei 46/2007, indico para efeitos de intermediação, o médico/a  
Dr./Dr.ª \_\_\_\_\_, com a morada:

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

**FORMA DE ENTREGA (8)**

**Por correio simples**

**Levantamento presencial (9)**

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

O Requerente \_\_\_\_\_ (assinatura conforme BI/CC)

**“Confirmei a identidade do requerente, mediante verificação do BI/CC”**

O/a Funcionário/a \_\_\_\_\_ (nome e n.º mecanográfico)

**RECIBO**

Deu entrada na Unidade de Saúde \_\_\_\_\_, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, o requerimento de informação clínica n.º \_\_\_\_\_

O/a Funcionário/a \_\_\_\_\_

### Notas explicativas

- (1) Próprio ou terceiro com legitimidade para aceder a documentos nominativos – indicar parentesco ou tipo de representação.
- (2) Facultativo, se for o próprio.
- (3) Se o requerente for a mesma pessoa que o titular da informação, não preencher os campos – nome, data nascimento e morada.
- (4) Áreas Assistenciais: Internamento / Consulta externa / Urgência / Hospital de dia.
- (5) Riscar o que não interessa.
- (6) Identificar o exame pretendido.
- (7) O agendamento será efetuado pelos nossos serviços para o contacto telefónico indicado.
- (8) Preencher apenas se não tiver optado por intermediação médica.
- (9) Ver verso do RECIBO destacável para preencher Autorização de Levantamento de Documentos por pessoa autorizada, a qual deve vir assinada pelo requerente, quando do levantamento.

Despachos intercalares:

Requerimento n.º \_\_\_\_\_

⌘

### USAR APENAS NO CASO DE LEVANTAMENTO PRESENCIAL

Recebi em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a informação solicitada correspondente a este Recibo.

Autorizo que \_\_\_\_\_ possa a levantar a informação solicitada.

O requerente,

A pessoa autorizada,

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
BI/CC n.º \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, Arquivo \_\_\_\_\_