

USF ALPHA	Código Documento / Versão	ALPHA – P
	Nome	Pedido de Informação Clínica
	Palavras-chave	Informação Clínica; Direitos e Deveres do Cidadão
	Área	Processos Assistenciais – Centralidade no Cidadão

(a ser preenchido pelo Serviço)

N.º Processo: _____

Receção em: ___/___/___

USF ALPHA

Ex.mo Sr.

Dr.(a) _____

Pedido de informação Clínica

Nome: _____ Data de nascimento ___/___/___, portador do Cartão de Utente n.º _____, vem requerer a V. Exa. se digne a passar a seguinte informação clínica: (preencha com uma cruz (x) o pretendido).

Relatório Médico

Outros: _____

Esta informação destina-se a (**razão explícita pela qual quer a informação**):

Nos termos do n.º 5 do art.º 6 da Lei 46/2007 de 24 de Agosto – “ (...) 5 – Um terceiro só tem direito de acesso a documentos nominativos se estiver munido de autorização escrita da pessoa a que os dados digam respeito ou demonstrar um interesse direto, pessoal e legítimo suficiente relevante segundo o principio da proporcionalidade.(...)” **pelo que junta a autorização e as cópias dos documentos de identificação do utente/requerente e da pessoa autorizada.**

Pede deferimento, ___/___/___

Assinatura: _____

Conferido pelo Sec. Clínico: _____ n.º mec.: _____

Nota: O relatório médico só será entregue mediante apresentação do cartão de utente e documento de identificação do requerente se for o próprio, ou com a Declaração de Autorização de Representação.

USF ALPHA	Código Documento / Versão	ALPHA – P
	Nome	Pedido de Informação Clínica
	Palavras-chave	Informação Clínica; Direitos e Deveres do Cidadão
	Área	Processos Assistenciais – Centralidade no Cidadão

A ser preenchido no ato de entrega:

Recebi em ____/____/____ a informação de saúde solicitada.

O requerente _____ Pessoa Autorizada _____

B.I./CC n.º _____ Declaração de Autorização de Representação SIM NÃO

Entregue e conferido pelo S. Clínico _____

Cópia da Declaração de Autorização de Representação