


<b>USF ALPHA</b>	Código Documento / Versão	<b>ALPHA – P</b>
	Nome	<b>Pedido de Informação Clínica</b>
	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.

<b>USF ALPHA</b>	Código Documento / Versão	<b>ALPHA – P</b>
	Nome	<b>Pedido de Informação Clínica</b>
	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