

**PEDIDO DE ACESSO A REGISTOS CLÍNICOS  
POR PESSOAS SINGULARES**

*A preencher pelos nossos serviços*

**Nº PIC:** \_\_\_\_\_

Data da Entrada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SAÍDA – REMESSA AO REQUERENTE**

**Refº/GAIC:** \_\_\_\_\_

Data da Saída: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Exmo. Senhor  
Responsável pelo Acesso à Informação  
(Artigo 9º da Lei nº 26/2016, de 22 de Agosto)  
Dr. Luís Basto

**1. Identificação do Utente**

**N.º Processo Hospitalar:** \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Documento de Identificação Pessoal:  BI  CC  Passaporte N.º: \_\_\_\_\_

SNS N.º: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente em \_\_\_\_\_

Cód. Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Contacto Telefónico: \_\_\_\_\_ Endereço Eletrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**2. Requerente** (preencher apenas caso o pedido não seja efetuado pelo utente)

Nome: \_\_\_\_\_

Documento de Identificação Pessoal:  BI  CC  Passaporte N.º: \_\_\_\_\_

SNS N.º: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente em \_\_\_\_\_

Cód. Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Contacto Telefónico: \_\_\_\_\_ Endereço Eletrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_,

na qualidade de:  Progenitor  Filho(a)  Cônjuge/ União de Facto  Outro: \_\_\_\_\_

**3.**

Vem requerer a V. Exa. se digne autorizar o acesso a informação clínica de que é titular o utente supraidentificado, ao abrigo do **disposto na Lei nº 26/2016, de 22 de agosto**, para efeitos de: \_\_\_\_\_.

**Referir com precisão as áreas assistenciais – Relatório Médico**

<input type="checkbox"/> Anestesiologia	<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Cirurgia Geral	<input type="checkbox"/> Cirurgia Vasculuar
<input type="checkbox"/> Cirurgia Plástica	<input type="checkbox"/> Dermatologia	<input type="checkbox"/> Endocrinologia/ Nutrição	<input type="checkbox"/> Estomatologia
<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Ginecologia/ Senologia	<input type="checkbox"/> Imunohemoterapia	<input type="checkbox"/> Medicina Interna
<input type="checkbox"/> MFR	<input type="checkbox"/> Nefrologia	<input type="checkbox"/> Neurocirurgia	<input type="checkbox"/> Neurologia
<input type="checkbox"/> Obstetrícia	<input type="checkbox"/> Oftalmologia	<input type="checkbox"/> Oncologia Médica	<input type="checkbox"/> Ortopedia
<input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia	<input type="checkbox"/> Pediatria/ Neonatologia	<input type="checkbox"/> Pneumologia	<input type="checkbox"/> Psiquiatria
<input type="checkbox"/> Reumatologia	<input type="checkbox"/> Urologia	<input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____	
Registo de Entrada no Serviço de Urgência	Episódio Nº _____ Data ____/____/____		

- Certificado de Óbito  Cópia de Exames Imagiológicos:  em CD<sup>1</sup>  Relatórios
- Cópia de Exames Analíticos<sup>1</sup>  Preenchimento do Impresso de Acidente em Serviço
- Fotocópia de Registos Clínicos<sup>1</sup>  Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

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

O **requerido está em conformidade**. O Responsável Administrativo: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Poderá implicar custos de reprodução

**A preencher pelos nossos serviços**

**Despacho(s) intercalar(es) do RAI:**

Para o **Arquivo Clínico:**

Facultar fotocópia do(s) episódio(s) de Serviço de Urgência N.º(s) \_\_\_\_\_

Processo Clínico N.º \_\_\_\_\_  Processo Radiológico N.º \_\_\_\_\_

Para o(s) Senhor(es) Diretor(es) do(s) Serviço(s):

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anestesiologia              | <input type="checkbox"/> Estomatologia             | <input type="checkbox"/> MFR              | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia    |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia                 | <input type="checkbox"/> Gastroenterologia         | <input type="checkbox"/> Nefrologia       | <input type="checkbox"/> Pediatria/ Neonatologia |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia Geral              | <input type="checkbox"/> Ginecologia/<br>Senologia | <input type="checkbox"/> Neurocirurgia    | <input type="checkbox"/> Pneumologia             |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia Vascular           | <input type="checkbox"/> Imunohemoterapia          | <input type="checkbox"/> Neurologia       | <input type="checkbox"/> Psiquiatria             |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia Plástica           | <input type="checkbox"/> Medicina Interna          | <input type="checkbox"/> Oftalmologia     | <input type="checkbox"/> Reumatologia            |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia                | <input type="checkbox"/> Doenças Autoimunes        | <input type="checkbox"/> Oncologia Médica | <input type="checkbox"/> Urologia                |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologia/<br>Nutrição | <input type="checkbox"/> Doenças Infeciosas        | <input type="checkbox"/> Ortopedia        |  |
| <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____        |  |   |  |

Para providenciar a informação solicitada – Processo HB N.º \_\_\_\_\_

Sem processo completo, tendo em conta os registos presentes no Processo Clínico Eletrónico

Com processo completo

Ao Serviço de Imagiologia para facultar a cópia em suporte digital  relatórios  dos registos radiológicos com relatório respeitantes ao Processo/ HB n.º \_\_\_\_\_.

**O Responsável pela Acesso à Informação,**

\_\_\_\_\_  
(Luís Basto) Data: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

**LEVANTAMENTO PRESENCIAL**

Recebi em \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

Está em conformidade com o solicitado. \_\_\_\_\_

Confirmei o levantamento presencial/ O Responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

**Em caso de dúvida no preenchimento contacte o Gabinete de Acesso à Informação Clínica através do telefone:**

253027073 ou do correio eletrónico: gaic@hb.min-saude.pt