

## Pedido de Acesso a Registos Clínicos por Pessoas Singulares

Número do Pedido

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(A preencher pelo Gabinete de Apoio ao RAI)

Exma. Senhora  
 Responsável pelo Acesso à Informação  
 (Artigo 9.º da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto)

Dra. Libânia Monteiro

### Despacho da RAI/ Gestão do Pedido de Informações Clínicas

#### 1. Identificação do Utente \* preenchimento obrigatório

\*N.º do processo \_\_\_\_\_

\*Nome \_\_\_\_\_ \*N.º SNS \_\_\_\_\_

\*Data de nascimento \_\_/\_\_/\_\_\_\_ \*Morada \_\_\_\_\_

\*Código postal \_\_\_\_ - \_\_\_\_ \*Localidade \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_ ou

Telefone \_\_\_\_\_ Correio eletrónico \_\_\_\_\_

#### 2. Identificação do Requerente\* preenchimento obrigatório caso não seja o(a) próprio(a) titular dos dados

\*Nome \_\_\_\_\_

\*Residente em \_\_\_\_\_ \*Código postal \_\_\_\_ - \_\_\_\_ \*Localidade \_\_\_\_\_

\*Documento de identificação pessoal:

 Cartão de cidadão Bilhete de identidade Título de residência Passaporte

Telemóvel \_\_\_\_\_ ou Telefone \_\_\_\_\_ Correio eletrónico \_\_\_\_\_

\*Relacionamento com o utente:  Pai/Mãe/Titular com responsabilidades parentais  Filho(a) Cônjuge/união de facto Viúvo(a) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

#### 3. Legitimação do pedido

É realizado pelo próprio (anexando obrigatoriamente cópia do cartão de cidadão com devido consentimento, quando não presencial)

É realizado por um responsável legal (anexando obrigatoriamente comprovativo de representação).

É realizado com consentimento do utente (anexando obrigatoriamente a declaração de consentimento).

É realizado na salvaguarda do interesse direto, pessoal e legítimo do requerente (conforme art.1º n.º26/2016, de 22 de agosto).

É realizado pelo facto do interessado não poder assinar por razão de doença ou deficiência (anexando obrigatoriamente uma declaração médica que o comprove ou um despacho favorável do médico responsável pelo seguimento no hospital).

É realizado por cônjuge sobrevivente, ascendente, descendente ou familiares diretos do utente falecido (se pretender o acesso à informação clínica, deve anexar obrigatoriamente a habilitação de herdeiro).

#### 4. Finalidade do pedido de acesso à informação (preenchimento obrigatório no caso de não ser o próprio utente ou requerente, em conformidade com o art.º6 n.º5 da lei n.º 26/2016, de 22 de agosto)

Fins a que se destina:

- Prestação de cuidados Qual? \_\_\_\_\_
- Fins de prova Qual? \_\_\_\_\_
- Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

#### 5. Intermediação médica

- Sim. Para os devidos efeitos, indique o nome do médico(a) \_\_\_\_\_  Não

#### 6. Pedido e contexto

- Relatório médico (*escolha uma das opções*)
- Internamento(s) *indique a especialidade e a data do episódio*  
\_\_\_\_\_
- Consulta(s) *indique a especialidade e nome do(a) médico(a) pelo(a) qual foi acompanhado(a)*  
\_\_\_\_\_
- Urgência *indique a data do episódio*  
\_\_\_\_\_
- Cópia de Exames Imagiológicos<sup>1</sup> *indique a(s) data(s)* \_\_\_\_\_
- Cópia de Exames Analíticos<sup>1</sup> *indique a(s) data(s)* \_\_\_\_\_
- Fotocópias de Registos Clínicos<sup>1</sup>
- Certificado de óbito
- Preenchimento de impresso. Qual? \_\_\_\_\_
- Outra. Especifique: \_\_\_\_\_

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

De que forma pretende que lhe seja entregue a informação solicitada?

- Via correio eletrónico  Em mão  Via postal

Remete documentos de suporte em anexo:  Sim  Não Em caso afirmativo, especifique quais: \_\_\_\_\_

**Nota 1:** Quando o pedido é realizado **presencialmente**, o requerente terá, **obrigatoriamente**, de se identificar mediante a **exibição do documento de identificação pessoal**. Por **qualquer das restantes vias**, o requerente deve, no âmbito do seu espaço de liberdade e como manifestação expressa do seu consentimento, **enviar cópia do documento de identificação pessoal** (cartão de cidadão ou bilhete de identidade). Neste caso, concluído o processo, ser-lhe-á devolvida ou eliminada a cópia do referido documento de identificação pessoal, conforme as indicações que dê, sem prejuízo do RAI poder vir a exigir que seja exibido o original.

**Nota 2:** Deve **anexar obrigatoriamente** ao email **o(s) documento(s) solicitados** no âmbito do preenchimento do formulário para apreciação e resposta ao seu pedido.

Pede deferimento, nos termos da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto

Porto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(assinatura conforme documento de identificação)

### Informação sobre o tratamento dados pessoais

Os dados de pessoais recolhidos são tratados de acordo com o Regulamento sobre a Proteção dos Dados Pessoais (RGPD) e pela Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, que executa na ordem jurídica nacional o RGPD, bem como, a demais legislação portuguesa relativa a dados pessoais, acesso a informação administrativa e tratamento específico de dados de saúde e informação genética.

Os dados recolhidos neste formulário são tratados pelo Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE, e destinam-se apenas ao tratamento e efetivação de pedido de acesso a informação clínica. Este formulário será conservado pelo período necessário à satisfação do pedido e arquivado digitalmente pelo prazo máximo de 5 anos.

De acordo com a legislação, o titular e o requerente poderão ter acesso a cópia deste formulário, solicitar informação sobre o seu tratamento, retificá-lo, opor-se ao seu tratamento ou requerer o seu apagamento, através do **endereço eletrónico:** [dpo@chporto.min-saude.pt](mailto:dpo@chporto.min-saude.pt) ou do **endereço postal:**

Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE

Encarregada da Proteção de Dados

Largo do Professor Abel Salazar

4099-001 Porto

**Em caso de dúvida no preenchimento contacte o Gabinete de Gestão de Acesso à Informação Clínica entre as 8h00 e as 16h00 (dias úteis) através do telefone:** 222 077 500 – Extensão 4223 **ou por correio eletrónico:** [sgd.informacaoclinica@chporto.min-saude.pt](mailto:sgd.informacaoclinica@chporto.min-saude.pt)

**Nota:** Caso opte por utilizar o **correio eletrónico ou o endereço postal, deve preencher, imprimir, assinar e remeter o formulário** para o email: [sgd.informacaoclinica@chporto.min-saude.pt](mailto:sgd.informacaoclinica@chporto.min-saude.pt) ou para a morada:

Centro Hospitalar Universitário do Porto  
Responsável pelo Acesso à Informação  
Largo do Professor Abel Salazar, 4099-001 Porto

### Validação da identidade do Utente/Requerente

*preenchido pelo funcionário(a) que recebe o pedido*

Identidade(s) validade(s):  Sim  Não

Documento(s) de identificação pessoal validado(s):

Cartão de cidadão  Bilhete de identidade  Título de residência  Passaporte

O/A assistente técnico(a) \_\_\_\_\_ Número mecanográfico \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

### Recibo de entrega

*preenchido pelo funcionário(a) que recebe o pedido*

Deu entrada no Centro Hospitalar Universitário do Porto no Serviço de \_\_\_\_\_, em \_\_/\_\_/\_\_

o requerimento de Pedido de Acesso a Informação Clínica por pessoas singulares, referente ao Utente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Proc. Nº \_\_\_\_\_ na especialidade de \_\_\_\_\_.

**Gabinete de Gestão de Acesso à Informação Clínica entre as 8h00 e as 16h00 (dias úteis) através do telefone:** 222 077 500 – Extensão 4223 **ou por correio eletrónico:**

[sgd.informacaoclinica@chporto.min-saude.pt](mailto:sgd.informacaoclinica@chporto.min-saude.pt)

O/A assistente técnico(a) \_\_\_\_\_ Número mecanográfico \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_