

Pedidode Emissão de Atestado Médico de Incapacidade Multiuso

Lei nº14/2021, de 6 de abril

Portaria 171/2025/1, de 10 de abril

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 _____

*Morada _____ *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. Finalidade

Requer a emissão do Atestado de Incapacidade Multiúso, na sequência de patologia no âmbito de doença oncológica ou das especialidades de Aparelho Locomotor, Neurologia e Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Pneumologia, Nefrologia/Urologia, Gastreenterologia, Psiquiatria ou Hematologia.

Especifique: _____

4. De que forma pretende que lhe seja entregue a informação solicitada

Via correio eletrónico

Em mão

Via postal

Pede deferimento, nos termos da Lei n.º 14/2021, de 6 de abril

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 pela Unidade Local de Saúde de Santo António, 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 ou do **endereço postal:**

Unidade Local de Saúde de Santo António, EPE
Largo do Professor Abel Salazar
4099-001 Porto
Encarregada da Proteção de Dados

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

Unidade Local de Saúde de Santo António, EPE
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 na Unidade Local de Saúde de Santo António no Serviço de _____, em __/__/__, o requerimento de Pedido de Emissão de Atestado Médico de Incapacidade Multiúso, referente ao Utente _____ Proc. Nº _____, recém-diagnosticado(a) na especialidade de _____.

Em caso de dúvidas no preenchimento do formulário contacte o Gabinete 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

O/A assistente técnico(a) _____ Número mecanográfico _____ Data _____