



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 Vascular
<input type="checkbox"/> Cirurgia Plástica	<input type="checkbox"/> Dermatologia	<input type="checkbox"/> Endocrinologia/ Nutrição	<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"/> UCIP	<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: \_\_\_\_\_

**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"/> Cardiologia          | <input type="checkbox"/> Cirurgia Geral           | <input type="checkbox"/> Cirurgia Vascular       |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia Plástica | <input type="checkbox"/> Dermatologia         | <input type="checkbox"/> Endocrinologia/ Nutrição | <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"/> UCIP              | <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@hospitaldebraga.pt.