



Pedido de Acesso a Registos Clínicos de Pessoas Singulares

Formulário de uso exclusivo e obrigatório para advogados/as

Número do Pedido

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

Exma. Senhora

Responsável pelo Acesso à Informação do Centro Hospitalar do Porto

(Artigo 9.º da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto)

Dra. Cristina Fiuza Branco

Despacho da RAI

Nos termos da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto, e na qualidade de advogado/a, venho solicitar:

1. Identificação do/a Utente

N.º do Processo:

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

Nome: _____

N.º SNS:

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

 NIF:

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

Data de Nascimento:

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

Estado Civil: Casado(a) Solteiro(a) União de Facto Viúvo(a) Divorciado(a)

Filho/a de: _____

e de _____

Residente em: _____

Código postal:

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

 Localidade:

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

Contactos telefónicos: _____ ou _____

Endereço eletrónico: _____ @ _____

2. Identificação do/a Requerente

Nome completo: _____

N.º da Cédula Profissional: _____

Domicílio Profissional: _____

Telemóvel: _____ Telefone fixo: _____

E-mail profissional: _____

3. Legitimidade para o pedido

Em anexo envio, em suporte digital, procuração explícita e específica, com poderes para solicitar e ter acesso aos registos clínicos do/a titular acima mencionado/a, indicando a finalidade dos mesmos e o tipo de informação a que estou autorizado/a a aceder, nos termos da alínea a), do n.º 5, do artigo 6.º, da Lei n.º 26/2016 de 22 de agosto, e manifestação inequívoca por parte do/a titular dos registos clínicos, em como o acesso consentido é exercido sem intermediação médica, nos termos do n.º 1 do artigo 7.º da citada lei.

Os termos da procuração são aprovados no convénio assinado em ___/___/___, entre a Ordem dos Advogados e o Centro Hospitalar do Porto, estando o original da mesma arquivada no meu escritório.



4. Pedido e Contexto

Assistido/a no Serviço de Urgência em *(indique a especialidade e data do episódio)*

Tendo ficado internado/a *(indique a especialidade e o nome do/a médico/a pelo qual foi acompanhado/a)*

Frequentando as consultas *(indicar as especialidade e ano)*

Tipo de Informação Requerida

Relatório Clínico

Cópia de registos clínicos

Cópias de Meios Complementares de Diagnóstico de Imagem

Cópias de Meios Complementares de Diagnóstico Analíticos

Certificado de Óbito

Outra. **Especifique** _____

5. Tipo de resposta (modo de envio)

Fica condicionado à capacidade de resposta do Hospital, sendo que o/a requerente, preferencialmente opta por:

Em mão *(com prévio contacto telefónico do Gabinete de Gestão do Acesso à Informação Clínica)*

Por via eletrónica para o e-mail profissional indicado pelo/a requerente

Via Postal *(para o domicílio profissional indicado pelo/a requerente)*

6. Documentos que anexa

Na sequência do pedido, e após o registo do mesmo, o/a requerente vai ser informado/a do número que foi atribuído ao seu pedido.

Sempre que necessitar de qualquer esclarecimento, deve indicar o número do pedido e dirigir o pedido de esclarecimento por via eletrónica para rai@chporto.min-saude.pt

Podem ainda ser obtidos esclarecimentos entre as 08:00h e as 16:30h (dias úteis) através do n.º 351 222 077 500/ EXT 4168

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

Porto | | | de

| | | |

Assinatura em conformidade com o sistema de certificação digital em uso na Ordem dos Advogados.