



REQUERIMENTO – ACESSO A DADOS CLÍNICOS PRÓPRIOS

DADOS DO REQUERENTE

Nome _____,
portador do Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão n.º _____, valido até ____/____/_____,
residência (completa) _____

telefone n.º _____, solicita, ao abrigo da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto,
acesso a dados clínicos próprios.

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

DADOS RELATIVOS AO PEDIDO

Processo clínico n.º _____

Indicar a forma de acesso pretendido:

- Consulta gratuita
 Reprodução por fotocópia ou outra (indicar qual) _____
 Certidão

Indicar os dados pretendidos:

- Ficha de Urgência referente ao dia ____/____/_____
 Relatório clínico referente a _____
 Exames de diagnóstico e terapêutica realizados no dia ____/____/_____
 Outros (indicar) _____

Para solicitação de intermediação médica, indicar o nome do médico e seu endereço: _____

Arquivo Clínico:

Foi verificada a identidade do requerente através de documento de identificação n.º _____

Nome: _____ N.º Mecanográfico: _____

Custos com reprodução dos documentos solicitados:

Tomei conhecimento da necessidade de suportar os custos da reprodução dos documentos solicitados

Assinatura do requerente: _____ Data: ____/____/_____