REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

Exmo.(a). Senhor(a)
Presidente do Conselho de Administração do CHLO, EPE

Diretor(a). Clínico(a)/Diretor (a) Médico (a)

Despacho:

Data: ___/___/_____

Nome_____data de nascimento ___/___/_____,
residente em_____, (C. Postal) _____-_____,_____,
Telefone _____, E-mail_____@_____ , BI/Cartão Cidadão nº _____,
emitido em____/___/_____, válido até _____, ao abrigo do disposto na Lei n.º26/2016, de 22 de Agosto, na qualidade de (1)_____,

para efeitos de (2) _____,

vem, muito respeitosamente, requerer a V. Ex.ª se digne autorizar o acesso a informações clínicas de que é titular ou de (3) *(nome)* _____,
data de nascimento ___/___/_____, residente em_____,
(código postal) _____-_____ _____, beneficiário do SNS nº _____ constantes do Processo Clínico nº_____, na modalidade de acesso em baixo assinalada:

Modalidades de Acesso	**Referir com precisão as áreas assistenciais (4), datas e serviços:**
☐ Certidão / Declaração / Relatório Clínico (5)	
☐ Cópia dos registos clínicos	
☐ Cópia de exames (_____) (6)	
☐ Consulta do Processo Clínico (7)	
☐ Outro: _____	

Intermediação Médica
(obrigatória para o acesso de terceiro sem consentimento do titular – Art. 7º, nº 2 da Lei 26/2016)

indico para efeitos de intermediação, o médico/a Dr./Dr.ª_____,
com a morada: _____
Código Postal _____-_____ _____.

Forma de Entrega (Preencher apenas se não tiver optado por intermediação médica)

☐ Por correio simples ou Mail ☐ Levantamento presencial

(1) Próprio ou terceiro com legitimidade para aceder a documentos nominativos-indicar parentesco ou tipo de representação.
(2) Facultativo, se for o próprio.
(3) Não preencher se o requerente for o titular da informação (i.é, p próprio utente) .
(4) Internamento/Consulta Externa/Urgência/Hospital de dia.
(5) Riscar o que não interessa.
(6) Identificar o exame pretendido.
(7) O agendamento será efectuado pelos nossos serviços para o contacto telefónico indicado.

_____, ___ de _____ de 20___

O Requerente _____ (assinatura conforme BI/CC)

"Confirmei a identidade do requerente, mediante verificação do BI/CC"
O/a Funcionário/a do CHLO _____ (nome e n.º mec.)
Carimbo

Aviso: nos termos do RGPD (proteção de Dados), o requerente, titular dos dados ou seu representante legal, devidamente habilitado, autoriza o tratamento dos dados que se revelem necessários ao fim que pretende e o CHLO compromete-se a utilizar/tratar estes dados apenas para esse fim.