

**ACESSO A DADOS CLÍNICOS | REQUERIMENTO DE DADOS DE TERCEIROS**

Exmo.(a) Sr.(a) Presidente do Conselho de Administração  
da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE

Despacho:

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Dados do REQUERENTE**

(Nome) \_\_\_\_\_, portador do Bilhete de  
Identidade/ Cartão do Cidadão / Passaporte / Autorização de residência n.º \_\_\_\_\_, válido  
até \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_, residente (morada completa) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ e e-mail \_\_\_\_\_,  
com telefone n.º \_\_\_\_\_, solicita, ao abrigo da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto, acesso a dados  
clínicos do utente \_\_\_\_\_, pedido  
que formula na qualidade de:

- Familiar (indicar grau parentesco) \_\_\_\_\_
- Representante legal / Advogado com procuração especial para o efeito (riscar o que não interessa)
- Outro (especificar) \_\_\_\_\_

Indicação dos fins a que se destinam os dados solicitados: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Assinatura (conforme doc. identificação): \_\_\_\_\_

**Dados relativos ao PEDIDO**

Nome do Utente: \_\_\_\_\_

Processo clínico n.º \_\_\_\_\_ N.º de Utente SNS: \_\_\_\_\_

**Indicar a forma de acesso pretendido:**

- Consulta gratuita
- Reprodução por fotocópia ou outra (indicar qual) \_\_\_\_\_
- Certidão / Relatório de exame

**Indicar a forma de entrega:**

- Correio simples (ctt)
- E-mail
- Levantamento presencial

**Indicar os dados pretendidos:**

- Ficha de Urgência referente ao dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Relatório clínico referente a  Consulta Externa /  Internamento /  Hospital de Dia /  C. de Saúde Primários:  
Especialidade(s) / Serviço(s) Unidade (s) \_\_\_\_\_  
Data(s): \_\_\_\_\_
- Exames de diagnóstico e terapêutica realizados no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Outros (indicar) \_\_\_\_\_

Para solicitação de intermediação médica (*obrigatória para as situações de pedidos realizados por "outros terceiros" (Alínea b), n.º 5, Artigo 6.º da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto*), indicar qual o médico:

Nome \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_

endereço: \_\_\_\_\_

Nos termos do Regulamento Geral de Proteção de Dados, o requerente autoriza o tratamento dos dados que se revelem necessários ao fim que pretende e a ULSLO compromete-se a utilizar/tratar estes dados apenas para esse fim.

**Custos com reprodução dos documentos solicitados:**

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

Assinatura do requerente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**A preencher pelo secretariado da ULSLO, EPE:**

Foi verificada a identidade do requerente através de documento de identificação (indicar qual) \_\_\_\_\_  
com o n.º \_\_\_\_\_

Nome do funcionário: \_\_\_\_\_ N.º Mecanográfico: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Documentos a juntar ao requerimento de acordo com a situação exclusiva de cada pedido:**

Requerente / Terceiro	Documentos a juntar
Representantes legais de utente menor ou incapaz	- Utente menor: <ul style="list-style-type: none"><li>• Prova de filiação: CC (ou documento equivalente) do utente e CC (ou documento equivalente) do(s) requerente(s)</li></ul> <b>ou</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sentença de designação de representante legal (vulgo, tutor)</li></ul> <b>ou</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• havendo indícios da inibição do exercício do poder paternal por parte de algum dos pais, sentença que a tenha decretado</li></ul> <p><small>Nota: os utentes menores com idade igual ou superior a 16 anos podem opor-se ao acesso à informação de saúde.</small></p> - Utente incapaz: cópia da decisão judicial em que seja designado o acompanhante do maior incapaz (vulgo, tutor)
Pessoa indicada por utente falecido para o acesso aos dados (artigo 17.º da Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto)	Autorização do utente falecido com assinatura reconhecida do utente e CC (ou documento equivalente) do requerente
Herdeiros de utente falecido (artigo 17.º da Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia da habilitação de herdeiros e CC (ou documento equivalente) do requerente</li></ul> <b>ou</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• CC (ou documento equivalente) do utente e CC (ou documento equivalente) do requerente em que seja comprovada a relação de parentesco (quando se trate de herdeiros legitimários/diretos, p.ex.: filhos, cônjuges ou pais)</li></ul>
Entidades seguradoras	Cópia da apólice onde conste a autorização para o acesso aos dados do utente
Tribunais	Notificação judicial com indicação da informação solicitada e fim a que se destina
Outros terceiros que apresentem procuração com poderes legais especiais para acesso aos dados do utente (ex.advogados)	Procuração com poderes legais <u>especiais</u> onde conste explicitamente o direito de acesso aos dados de saúde
Comissões de Proteção de Crianças e Jovens(CPCJ)	Prova de que se encontra em curso processo de proteção, sob jurisdição da CPCJ, bem como declaração de consentimento dos pais, representante legal ou de quem tenha a guarda de facto da criança ou jovem.
Outras entidades	Prova de legitimidade para acesso à informação pode estar condicionado à avaliação pelo SJC da ULSLO
Outros terceiros (Alínea b), n.º 5, Artigo 6.º da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto)	- Demonstração fundamentada da titularidade de um interesse direto, pessoal, legítimo e constitucionalmente protegido suficientemente relevante, após ponderação, no quadro do princípio da proporcionalidade, de todos os direitos fundamentais em presença e do princípio da administração aberta, que justifique o acesso à informação. (p. ex. utente com cuidador informal) <b>ou</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Declaração médica que ateste a incapacidade do utente, quando apresentada por familiar direto ou por cuidador habitual, não declarados legalmente como representantes, de doentes debilitados.</li></ul>

**Nota:** As cópias dos documentos de identificação deverão ser traçadas sendo apenas destinadas para este fim.