

**Acesso a Informação de Saúde**

## Cópias de Exames Complementares de Diagnóstico

Exmo.

Responsável de Acesso à Informação

ULSEDV, E.P.E.

**Unidade de:** Santa Maria da Feira ☐ São João da Madeira ☐ Oliveira de Azeméis ☐SUB Arouca ☐ Ovar ☐

Processo n.º \_\_\_\_\_

**O Utente**

Nome: \_\_\_\_\_

Documento de Identificação Pessoal: ☐ N.º SNS ☐ BI ☐ CC ☐ Carta de Condução ☐ Passaporte

N.º \_\_\_\_\_ Data de Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Residente em \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Contacto Telefónico: \_\_\_\_\_ Endereço Eletrónico: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Intermediação médica (opcional):**

Em caso afirmativo será agendada consulta com médico da Unidade de Saúde para o efeito ou em alternativa poderá indicar médico intermediário \_\_\_\_\_ e o seu contacto \_\_\_\_\_.

**O Requerente (obrigatório caso não seja o próprio utente):**

Nome: \_\_\_\_\_

Documento de Identificação Pessoal: ☐ N.º SNS ☐ BI ☐ CC ☐ Carta de Condução ☐ Passaporte

N.º \_\_\_\_\_ Data de Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Residente em \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Contacto Telefónico: \_\_\_\_\_ Endereço Eletrónico: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Na qualidade de:

☐ Progenitor/Tutor legal ☐ Filho(a) ☐ Cônjuge/ União de facto ☐ Viúvo(a) ☐ Outro. \_\_\_\_\_

Razão pela qual o pedido não é efetuado pelo próprio: \_\_\_\_\_

## O Pedido

☐ Cópia em CD, dos exames imagiológicos com as seguintes datas:

____/____/____	(designação do exame)	____/____/____	(designação do exame)
____/____/____	(designação do exame)	____/____/____	(designação do exame)
____/____/____	(designação do exame)	____/____/____	(designação do exame)

☐ Fotocópias dos elementos dos exames complementares de diagnóstico, a seguir discriminados:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Documentos Anexos ao Pedido

☐ Fotocópia do documento de identificação pessoal do requerente/utente (*declaro consentir no envio de reprodução do cartão do cidadão em fotocópia, conforme o n.º 2 do art.º 5º da Lei n.º 7/2007 de 5 de fevereiro.*)

☐ Declaração de Consentimento (Acesso a Informação por Terceiro)

☐ Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

A informação de saúde solicitada destina-se a: (a preencher quando o requerimento não for assinado pelo próprio utente ou pelo seu representante):

\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

X.....

(assinatura do REQUERENTE, igual à do BILHETE DE IDENTIDADE/CARTÃO de CIDADÃO que deve ser apresentado para confrontação. Se não sabe assinar, é exigível que venha assinado por outrem a seu rogo, devendo o rogo “ser dado ou confirmado perante notário, depois de lido o documento ao rogante”, mas é aceitável também a aposição presencial de impressão digital no requerimento e a apresentação do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão onde esteja mencionado que “Não sabe assinar”).

ou tipo de representação: .....

### Informação do Arquivo Clínico

(Equipa de Apoio ao RAI)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O Responsável: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N.º mecan \_\_\_\_\_

### Informação de Imagiologia:

(Equipa de Apoio ao RAI)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O Responsável: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Levantamento

Recebido:

\_\_\_\_\_

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