



## Requerimento para acesso a Informação Individual

Exmo. Senhor  
Director Clínico do Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida

Requerente:..... Data nasc.: .....

Morada: .....Cod. Postal .....

Pessoal: ..... Casa: ..... E-mail: .....

BI/CC: ..... N.I.Fiscal: ..... C. Utente: .....

Na qualidade de <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ solicita a V. Exa autorização para ser facultada, conforme abaixo indicado, a informação clínica de que é titular. (preencher em caso de não se tratar do próprio)

Nome:..... Data nasc.: .....

Morada: .....Cod. Postal .....

Processo clínico: HC/\_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cópia de Processo Clínico   | <input type="checkbox"/> Blocos de Parafina referente á análise _____ |
| <input type="checkbox"/> Relatório Clínico (Nota: caso seleccione este ponto, preencha o campo "A" abaixo) | <input type="checkbox"/> Lâminas referentes à análise _____           |
| <input type="checkbox"/> Exame com relatório   | <input type="checkbox"/> Outros: _____                                |
| <input type="checkbox"/> Exame sem relatório (ex:RX)   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Relatório Anatomopatológico referente à análise _____                             | _____   |

**Razão do pedido:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médico assistente | <input type="checkbox"/> Tribunal             |
| <input type="checkbox"/> Assistente social | <input type="checkbox"/> Companhia de seguros |
| <input type="checkbox"/> Embaixada / SEF   | <input type="checkbox"/> Outro _____          |

"A" - Indicar a(s) consulta(s) ou o(s) episódio(s) de internamento relativo ao(s) qual(ais) pretende a informação:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consulta de: _____ em: __/__/____ | <input type="checkbox"/> Internamento de: _____ em: __/__/____ |
| <input type="checkbox"/> Consulta de: _____ em: __/__/____ | <input type="checkbox"/> Internamento de: _____ em: __/__/____ |

**OPCIONAL:**

Por meu interesse, ao abrigo do artigo 7º da Lei 26/2016, de 22 de Agosto, indico para efeitos de intermediação o médico(a):

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

Morada: \_\_\_\_\_

Cod. Postal: \_\_\_\_\_

**O(A) requerente:** \_\_\_\_\_ (conforme documento de identificação)

1) Próprio ou terceiro com legitimidade para aceder a documentos nominativos – indicar parentesco ou tipo de representação. Caso seja um terceiro a formular o pedido, é obrigatório juntar consentimento expresso do titular da informação, acompanhado do respectivo documento de identificação.

**Entrega:**

- |                                  |   |   |
|----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Via CTT | <input type="checkbox"/> Por correio eletrónico | <input type="checkbox"/> Levantar na Recepção Principal |
|----------------------------------|---|---|

**Pede Deferimento:**

Cascais, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ (conforme documento de identificação)

Recebi o presente pedido: Administrativo WO \_\_\_\_\_ Cascais, ..... / ..... / 20\_\_ Assinatura: .....

Pedido satisfeito em: Administrativo WO \_\_\_\_\_ Cascais, ..... / ..... / 20\_\_ Assinatura: .....