

Requisição de Acesso à Informação de Saúde

Identificação

Nome do Utente DN

Nome do Requerente

Morada

Contato telefónico E-mail

BI/CC Validade

Outro

Regras de identificação

- a) Titular da informação de saúde: mediante apresentação do bilhete de identidade/cartão de cidadão ou outro documento de identificação equivalente.
- b) Representante legal: mediante apresentação de documento comprovativo dessa qualidade e bilhete de identidade/cartão de cidadão ou outro documento de identificação equivalente, assim como identificação do titular da informação de saúde de acordo com a alínea a).
- c) Terceiros com interesse legítimo: mediante declaração comprovativa de consentimento e identificação do titular da informação de saúde de acordo com a alínea a).

Confirmação da identificação do requerente pelo secretariado, mediante apresentação do D.I.

(Assinatura) (Nº Mec.)

Data: / /

Informação Solicitada

Nº Processo

Motivo do pedido

Relatório Médico (Especialidade/médico) Registos clínicos Resultados de MCDT

Outros

Detalhe do pedido

Forma de entrega

- Por correio simples para a morada constante no requerimento Levantamento presencial

Documentos anexos

- Fotocópia do BI do requerente/utente
- Fotocópia de autorização do doente a terceiros

CHBV, _____ de _____ de _____

Assinatura do requerente (conforme D.I.)

Comprovativo da entrada do pedido no SGDC do CHBV

Deu entrada no CHBV o pedido de informação de saúde do utente _____,

processo nº _____, em _____/_____/_____.

O Secretariado SGDC _____ - _____

(Assinatura) (Nº Mec.)

IMP.SGCD.001.00

Comprovativo de entrega da documentação solicitada

Entreguei em ____/____/____ a informação solicitada.

O Secretariado SGDC _____ - _____

(Assinatura) (Nº Mec.)

Recebi em ____/____/____ a informação solicitada.

O requerente ou pessoa autorizada

BI/CC nº _____ validade ____/____/____

Assinatura _____

Controlo Interno

Despacho ____/____/____

Reencaminhado ____/____/____

Recebido ____/____/____

Concluído ____/____/____

Observações: