



ACESSO A DADOS CLÍNICOS | REQUERIMENTO DE DADOS PRÓPRIOS

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 aos seus
dados clínicos.

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura (conforme doc. identificação): _____

Dados relativos ao PEDIDO

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. 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, indicar o nome do médico e seu 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.

Nota: As cópias dos documentos de identificação deverão ser traçadas sendo apenas destinadas para este 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: ____/____/____