

Requerimento por Terceiros

Pág. 1 / 2

N.º Registo: \_\_\_\_\_

AO RESPONSÁVEL PELO ACESSO À INFORMAÇÃO CLÍNICA (RAI) DO HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA,

\_\_\_\_\_  
(NOME),

RESIDENTE EM \_\_\_\_\_  
(MORADA), \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (CÓDIGO POSTAL), \_\_\_\_\_ (LOCALIDADE),  
\_\_\_\_\_ (TELEFONE /TELEMÓVEL), COM DATA DE NASCIMENTO \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_, EM  
\_\_\_\_\_ (NATURALIDADE), \_\_\_\_\_ (NACIONALIDADE), PORTADOR DO  
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO N.º \_\_\_\_\_, VEM REQUERER A V/ EXA., COMO  
\_\_\_\_\_ (PARENTESCO/OUTRO) DE \_\_\_\_\_, QUE RECORREU  
AOS SERVIÇOS DESTE HOSPITAL CONFORME ABAIXO INDICA, SE DIGNO MANDAR PASSAR-LHE A SEGUINTE INFORMAÇÃO  
CLÍNICA:

- Cópia do Processo Clínico
- Relatório Clínico (**NOTA:** caso selecione este ponto, preencha no campo A) abaixo, a consulta ou episódio a que se refere)
- Exame com Relatório
- Exame sem Relatório (Raio-X)
- Relatório Anatomopatológico referente à análise \_\_\_\_\_
- Blocos de parafina referentes à análise \_\_\_\_\_
- Lâminas referentes à análise \_\_\_\_\_
- Outros: \_\_\_\_\_

A) INDICAR DE QUAL SERVIÇO PRETENDE O RELATÓRIO:

Serviço de Urgência em: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Consulta de: \_\_\_\_\_ a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Consulta de: \_\_\_\_\_ a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Serviço de Internamento de: \_\_\_\_\_ a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Serviço de Internamento de: \_\_\_\_\_ a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

ESTA INFORMAÇÃO DESTINA-SE A (RAZÃO EXPLÍCITA PELA QUAL REQUER A INFORMAÇÃO):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nos termos do n.º 5 do art.º 6 da Lei 46/2007 de 24 de Agosto - “ (...) 5 - Um terceiro só tem direito de acesso a documentos nominativos se estiver munido de autorização escrita da pessoa a quem os dados digam respeito ou demonstrar um interesse direto, pessoal e legítimo suficientemente relevante segundo o princípio da proporcionalidade. (...)”, pelo que junta a autorização e as cópias dos documentos de identificação do utente e do requerente.

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA: \_\_\_\_\_

MAIS DECLARO QUE TOMEI CONHECIMENTO QUE A INFORMAÇÃO CLÍNICA SOLICITADA E ACIMA MENCIONADA APENAS PODE SER UTILIZADA PARA OS FINS DECLARADOS NESTE PEDIDO, DE ACORDO COM O N.º 2 DO ART.º 8 DA LEI 46/2007 DE 24 DE AGOSTO, PEDE DEFERIMENTO, VILA FRANCA DE XIRA, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**Requerimento por Terceiros**

**ASSINATURA (CONFORME DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO):**