



**REQUERIMENTO – ACESSO A DADOS CLÍNICOS PRÓPRIOS**

**DADOS DO REQUERENTE**

Nome \_\_\_\_\_,  
portador do Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão n.º \_\_\_\_\_, válido até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
residência (completa) \_\_\_\_\_

telefone n.º \_\_\_\_\_, solicita, ao abrigo da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto,  
acesso a dados clínicos próprios.

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

**DADOS RELATIVOS AO PEDIDO**

Processo clínico n.º \_\_\_\_\_

**Indicar a forma de acesso pretendido:**

- Consulta gratuita
- Envio por e-mail (indicar endereço) \_\_\_\_\_
- Reprodução por fotocópia ou outra (indicar qual) \_\_\_\_\_
- Certidão

**Indicar os dados pretendidos:**

- Ficha de Urgência referente ao dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Relatório clínico referente a \_\_\_\_\_
- Exames de diagnóstico e terapêutica realizados no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Outros (indicar) \_\_\_\_\_

Para solicitação de intermediação médica, indicar o nome do médico e seu endereço: \_\_\_\_\_

**Arquivo Clínico / Unidade de Cuidados de Saúde Primários:**

Foi verificada a identidade do requerente através de documento de identificação n.º \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ N.º Mecanográfico: \_\_\_\_\_

**Custos com reprodução dos documentos solicitados (se aplicável):**

Tomei conhecimento da necessidade de suportar os custos da reprodução dos documentos solicitados

Assinatura do requerente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_