

ANEXO A - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO À INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Exmo. Responsável pelo Acesso à Informação,

Eu, _____ (nome completo),

nascido(a) a ____/____/_____, titular do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão/
Passaporte/Título de Residência n.º _____, com o n.º utente

_____, declaro que autorizo _____

_____(nome completo), nascido(a) a ____/____/_____, titular do Bilhete
de Identidade/Cartão de Cidadão/Passaporte/Título de Residência n.º _____,

na qualidade de _____, nos termos dos art.ºs 6.º, n.º 5, al. a) ¹, e 7.º,

n.º 3 ², da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto, a aceder à informação clínica constante dos meus
processos clínicos, físico e eletrónico, na posse do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta
Delgada, E.P.E.R., nomeadamente, _____

_____, necessária para fins de:

_____.

Por corresponder à minha vontade, de modo informado, livre e esclarecido, vou nesta data
assinar.

_____, ____ de _____ de _____.

O(A) Declarante,

(Assinatura, conforme o documento de identificação pessoal)

Nota: Deve preencher o nome completo, assinalar o tipo de documento de identificação pessoal e indicar com o maior detalhe possível quais os exames/relatórios/outros, especialidade e período pretendido para que seja possível facultar a documentação pretendida da melhor forma.

¹ "Um terceiro só tem direito de acesso a documentos nominativos: a) Se estiver munido de autorização escrita do titular dos dados que seja explícita e específica quanto à sua finalidade e quanto ao tipo de dados a que quer aceder;"

² "No caso de acesso por terceiros mediante consentimento do titular dos dados, deve ser comunicada apenas a informação expressamente abrangida pelo instrumento de consentimento."