

## Requerimento de Pedido de Acesso à Informação de Saúde de Terceiros (Nos termos da Lei nº 26/2016, de 22 agosto)

Considerando os dados pessoais recolhidos e sujeitos a tratamento pela vossa entidade, nos termos dos artigos 15.º (direito de acesso do titular dos dados), do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia, de 27 de abril de 2016, nos termos do artigo 7.º da Lei n.º 26/2016 de 22 de agosto, ou do n.º 5 do artigo 6.º da Lei n.º 26/2016 de 22 de agosto, venho por este meio, exercer o direito de acesso à seguinte informação através de requerimento ao Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) de acordo com artigo 9.º do referido diploma legal.

### A PREENCHER PELO SERVIÇO:

Nº Registo	
Datas:	
Entrada	/ /
Saída / envio	/ /

#### 1- IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DOS DADOS (Preenchimento obrigatório)

Nome completo:

Tipo Documento  BI  CC  Passaporte  outro Nº Documento:

Data Nascimento:  /  /  Telefone:  Nº PU:

Assinatura:  Não pode assinar  Não sabe assinar (A informação deve constar do documento de identificação)

#### 2- IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE (Preenchimento obrigatório no caso do Requerente não ser o próprio titular)

Nome completo:

Tipo Documento  BI  CC  Passaporte  outro Nº Documento:

Data Nascimento:  /  /  Telefone:  Parentesco:   
(Progenitor/filho(a)/Cônjuge/União facto/viúvo(a) outro)

#### 3- INTERMEDIAÇÃO MÉDICA (Por decisão opcional do próprio titular)

Por meu interesse e ao abrigo do art.º 7.º da Lei n.º 26/2016, indico para efeitos de intermediação:

Médico(a) Dr.(a):  Cédula Prof.

com o domicílio profissional sito na:

#### 4- LEGITIMAÇÃO DO PEDIDO (Preenchimento obrigatório no caso do Requerente não ser o próprio titular)

- É realizado por um responsável legal (**anexar obrigatoriamente comprovativo**)
- É realizado com consentimento do utente (**anexar declaração de consentimento – Anexo A**)
- É realizado na salvaguarda do interesse direto, pessoal e legítimo do requerente (**art 6.º, n.º 4, alínea b) da Lei n.º 26/2016 de 22 de agosto**)
- É realizado pelo facto de o interessado não poder assinar por razão de doença ou deficiência (**anexar obrigatoriamente declaração médica que o comprove ou um despacho favorável do médico responsável pelo seguimento no hospital**)
- É realizado por cônjuge sobrevivente, ascendente, descendente ou familiares diretos do utente falecido e Herdeiros (**se pretender o acesso à informação clínica, deve anexar obrigatoriamente a Habilitação de Herdeiros**)

#### 5- DOU EXPRESSAMENTE O CONSENTIMENTO PARA UTILIZAÇÃO DOS SEGUINTE CONTACTOS

- Autorizo a utilização do meu contacto telefónico, para envio de sms de aviso de levantamento da documentação ou posterior contacto no âmbito deste pedido
- Não Autorizo a utilização do meu contacto telefónico
- Autorizo o envio por correio registado para a morada:
- Autorizo o envio por correio eletrónico para o e-mail:
- Código Postal

#### 6- TIPO DE INFORMAÇÃO REQUERIDA

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Relatório Médico                           | <input type="checkbox"/> Episódio(s) na Urgência        |
| <input type="checkbox"/> Relatório-Outro: <input type="text"/>      | <input type="checkbox"/> Episódio(s) no Internamento    |
| <input type="checkbox"/> Cópia de Análises Clínicas                 | <input type="checkbox"/> Episódio(s) de Cirurgia(s)     |
| <input type="checkbox"/> Fotocópias de Registos Clínicos            | <input type="checkbox"/> Certificado de óbito sem causa |
| <input type="checkbox"/> CD Exames Imagiológicos                    | <input type="checkbox"/> Certificado de óbito com causa |
| <input type="checkbox"/> Cópia de Relatório de Exames Imagiológicos | <input type="checkbox"/> Outro tipo de Informação:      |
| <input type="checkbox"/> Cópia de Outro Exame: <input type="text"/> | <input type="text"/>                                    |

**7- PEDIDO DE INFORMAÇÃO E CONTEXTO** (Especialidade e período temporal – dia, mês, ano)

	Consultas	Internamento	Exames	Análises	Urgência
Especialidade					
Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Especialidade					
Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Especialidade					
Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Especialidade					
Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

**8- FINALIDADE DA INFORMAÇÃO CLÍNICA** (Preenchimento obrigatório no caso do Requerente não ser o próprio titular, art 6.º, n.º 5, da Lei n.º 26/2016)

Fins a que se destina. Especifique

(Prestação de Cuidados/Junta Médica/Médico de Família/Entidade Patronal/Advogado/ Seguradora/Outro)

**INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DE DADOS:**

Nos termos da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro, sobre Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde, é informação de saúde todo o tipo de informação direta ou indiretamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar. A informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da informação, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei. O titular da informação de saúde tem o direito de, querendo, tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga respeito, salvo circunstâncias excecionais devidamente justificadas e em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial, ou de o fazer comunicar a quem seja por si indicado.

Os dados de saúde dos utentes são tratados de acordo com o Regulamento sobre a Proteção de Dados Pessoais (RGPD), com a Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto e restante legislação nacional em vigor e aplicável ao acesso à informação administrativa e tratamento específico de dados de saúde e informação genética.

O Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada (HDES), necessita de tratar dados pessoais dos seus utentes, nomeadamente relativos à saúde, no âmbito da prestação de serviços de saúde, os quais são tratados por profissionais obrigados a sigilo e na medida do necessário à prestação de cuidados ou tratamentos de saúde e serão conservados nos termos da legislação aplicável ao arquivo de documentação hospitalar e pelos prazos legais definidos.

O acesso à informação de saúde por parte do seu titular, por terceiros com o seu consentimento ou nos termos da lei, é exercido por intermédio de médico, com habilitação própria, se o titular da informação o solicitar. Na impossibilidade de apuramento da vontade do titular quanto ao acesso, o mesmo é sempre realizado com intermediação de médico.

No caso de acesso por terceiros, mediante consentimento do titular dos dados, nos termos da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto, deve ser comunicada apenas a informação expressamente abrangida pelo instrumento de consentimento. Nos demais casos de acesso por terceiros, só pode ser transmitida a informação estritamente necessária à realização do interesse direto, pessoal, legítimo e constitucionalmente protegido que fundamenta o acesso.

Os dados recolhidos neste formulário são tratados pelo HDES destinam-se apenas ao tratamento e efetivação de pedido de acesso à informação clínica, não integrando o processo clínico do titular. Este formulário (e demais documentos anexos ao mesmo) serão conservados pelo período necessário à satisfação do pedido e arquivado digitalmente pelo prazo máximo de 10 anos.

De acordo com a legislação, o titular ou o requerente poderá ter acesso a cópia deste formulário, solicitar informações sobre o seu tratamento, retificá-lo, limitar o seu tratamento, opor-se ao seu tratamento, impedir o seu tratamento por meios automatizados, requerer a portabilidade dos seus dados ou requerer o seu apagamento.

Para mais informações sobre como pode exercer estes direitos e sobre a nossa Política de Privacidade e Proteção de Dados deverá consultar o site: [www.hdes.pt](http://www.hdes.pt) ou solicitar uma cópia da política no Gabinete de Cedência da Informação Clínica.

Quando o pedido é realizado **presencialmente**, o titular ou requerente terá, **obrigatoriamente** de proceder à **exibição** do respetivo **documento de identificação pessoal** para confirmação da sua identidade.

Se o pedido for efetuado por **via eletrónica**, o titular ou requerente pode **fazer assinatura digital** qualificada (<https://www.autenticacao.gov.pt/ASSINATURA-DIGITAL/ASSINATURA-DIGITAL-QUALIFICADA>) ou, pode, conforme o disposto no n.º 2 do art.º 5.º da Lei n.º 7/2007 de 5 de fevereiro, no âmbito do seu espaço e de liberdade e com **manifestação expressa do seu consentimento**, para efeitos de conferência de identidade, **anexar cópia do documento de identificação pessoal através do** envio para o e-mail [HDES\\_InfoClinica@azores.gov.pt](mailto:HDES_InfoClinica@azores.gov.pt). Neste caso, concluído o processo, será eliminada a cópia do referido documento de identificação pessoal ou devolvida (caso dê essa indicação), sem prejuízo do RAI poder vir a solicitar que seja exibido o original. **Posteriormente, poderá, ainda, exibir o documento de identificação pessoal** com deslocação para o efeito ao Gabinete da Cedência da Informação Clínica.

Para esclarecimento de qualquer dúvida relacionada com o preenchimento deste requerimento poderá entrar em contacto com o referido Gabinete no horário de expediente das 8h30 às 16h30 através dos contactos telefónicos 296 203 320, por via postal para a morada: Morada: Av. D. Manuel I – 9500-370 Ponta Delgada ou por e-mail através do endereço eletrónico: [HDES\\_InfoClinica@azores.gov.pt](mailto:HDES_InfoClinica@azores.gov.pt)

9- ASSINATURA DO REQUERENTE (conforme documento de identificação pessoal ou assinatura digital qualificada)

Assinatura:

Data:

A PREENCHER PELO SERVIÇO:

Confirmei os dados e a identidade do requerente, mediante verificação do documento de identificação pessoal apresentado:

Rúbrica:

Nº Mec.:

Data:

Informações  
Intercalares

DESPACHO  
DO RAI

Recortar

10- COMPROVATIVO DA ENTREGA DO PEDIDO

A PREENCHER PELO SERVIÇO:

Rúbrica:

Nº Mec.:

Data:

Nº. Registo:

Nº. PU:

Gabinete Cedência de Informação Clínica dias úteis das 8h30 às 16h30 -  
Telef.: 296 203 320 - Morada: Av. D. Manuel I – 9500-370 Ponta Delgada  
- E-mail: HDES\_InfoClinica@azores.gov.pt

INFORMAÇÕES DE PREENCHIMENTO DO REQUERIMENTO, RELATIVAS AOS CAMPOS DE 1 A 7

Os pedidos são formulados através do preenchimento de forma legível e assinatura do modelo de requerimento disponibilizado pelo Gabinete de Cedência da Informação Clínica ou no site do HDES em [www.hdes.pt](http://www.hdes.pt).

Formas de apresentação do requerimento

**Presencial, por escrito (preferencial):** Deve dirigir-se ao Gabinete de Cedência de Informação Clínica no piso 3, entrada principal do HDES, sito na Av. D. Manuel I – 9500-370 Ponta Delgada e preencher o formulário do requerimento e apresentar o seu documento de identificação, para conferência da identidade e assinatura.

**Presencial, com assinatura a rogo:** Deve dirigir-se ao Gabinete de Cedência de Informação Clínica do HDES expressar verbalmente o seu pedido e apresentar documento de identificação com a indicação “Não sabe assinar” ou “Não pode assinar”. Se não sabe assinar, é exigível que venha assinado por outrem a seu rogo, devendo o rogo “ser dado ou confirmado perante notário, depois de lido o documento ao rogante”.

**Não Presencial, por via eletrónica,** para o e-mail- [HDES\\_InfoClinica@azores.gov.pt](mailto:HDES_InfoClinica@azores.gov.pt), o titular ou requisitante pode **fazer assinatura digital** qualificada (<https://www.autenticacao.gov.pt/ASSINATURA-DIGITAL/ASSINATURA-DIGITAL-QUALIFICADA>) ou, pode, conforme o disposto no n.º 2 do art.º 5.º da Lei n.º 7/2007 de 5 de fevereiro, no âmbito do seu espaço e de liberdade e com **manifestação expressa do seu consentimento**, para efeitos de conferência de identidade, **anexar cópia do documento de identificação pessoal**. Neste Caso, concluído o processo, será eliminada a cópia do referido documento de identificação pessoal ou devolvida (caso dê essa indicação), sem prejuízo do RAI poder vir a solicitar que seja exibido o original. Ou, ainda, **posteriormente, exhibir o documento de identificação pessoal** com deslocação para o efeito ao Gabinete da Cedência da Informação Clínica.

**Não Presencial, por via postal: enviar carta registada para a morada:** Av. D. Manuel I – 9500-370 Ponta Delgada endereçando ao cuidado do Gabinete de Cedência de Informação Clínica do HDES após preenchimento do formulário do requerimento, assinado, juntando os documentos anexos necessários e pode, conforme o disposto no n.º 2 do art.º 5.º da Lei n.º 7/2007 de 5 de fevereiro, no âmbito do seu espaço e de liberdade e com **manifestação expressa do seu consentimento**, para efeitos de conferência de identidade, **anexar cópia do documento de identificação pessoal**. Neste Caso, concluído o processo, será eliminada a cópia do referido documento de identificação pessoal ou devolvida (caso dê essa indicação), sem prejuízo do RAI poder vir a solicitar que seja exibido o original. Ou, ainda, **posteriormente, exhibir o documento de identificação pessoal** com deslocação para o efeito ao Gabinete da Cedência da Informação Clínica.

## **PEDIDO DE ACESSO POR TERCEIRO HABILITADO**

No título “Identificação do Titular dos Dados”, deve sempre preencher o “Nome completo”, “Tipo de Documento” e N.º do Documento de Identificação”, “Data de Nascimento” e “N.º Processo Único (PU)”, para que seja possível identificar corretamente a pessoa cujos dados de saúde se pretende ter acesso.

No título “Identificação do Requerente”, deve sempre preencher o “Nome completo”, “Tipo de Documento” e “N.º do Documento de Identificação” e indicar a relação que tem com o titular dos dados para que seja possível identificar corretamente o requerente e averiguar se reúne os requisitos para ter acesso aos dados.

Devem ser indicados, 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.

Devem ser indicados os dados de contacto necessários para a entrega da documentação solicitada, podendo ser entregue em mão no Gabinete de Cedência de Informação Clínica, remetidos por via postal ou por via eletrónica por e-mail, conforme indicado.

De acordo com a legislação em vigor, apenas é permitido o acesso de terceiro a informação de saúde de um utente, nas seguintes circunstâncias:

### **Quando expressamente autorizado pelo titular da informação de saúde, podendo ser:**

1. Por **pessoa designada para assinar** a seu pedido (assinatura a rogo notarial), quando não saiba ou não possa assinar;
2. Por **pessoa designada como procurador/representante legal**, com poderes para representá-la junto de instituições de saúde/hospital, e/ou para ter acesso a informação clínica/de saúde (é necessário anexar documento que comprove a qualidade);
3. Por **pessoa com consentimento** de autorização para acesso à informação clínica (é necessário anexar declaração de consentimento – ver Anexo A)

### **Quando o titular da informação clínica não disponha de condições de saúde física ou mental para requerer o acesso à sua informação clínica e a mesma é exigível para a continuidade da prestação de cuidados:**

1. Por **médico responsável** pela prestação dos cuidados de saúde (é necessário anexar declaração médica);
2. Por **familiar**, mediante a apresentação de declaração do médico que ateste a incapacidade do utente, podendo ter acesso apenas à informação necessária para efeitos dos fins pretendidos e previstos na legislação (é necessário anexar declaração médica).

### **Quando o titular da informação seja menor/maior acompanhado/ausente:**

1. Por um dos progenitores, quando se trate de menor, devendo ser apresentada prova do grau de parentesco, nomeadamente por documento de identificação pessoal do menor (ou apresentado outro documento idóneo);
2. Por tutor, no caso de menor que lhe tenha sido confiado por decisão judicial (é necessário anexar cópia da sentença);
3. Por acompanhante, no caso de ter sido declarada pelo tribunal a aplicação do regime do maior acompanhado, (é necessário anexar cópia da sentença ou assento de nascimento do maior acompanhado no qual conste averbado o acompanhamento);
4. Por curador, no caso de ter sido nomeado pelo tribunal, em virtude de ausência (por desaparecimento) do titular dos dados (é necessário anexar cópia da sentença).

### **Quando o titular dos dados de saúde haja falecido:**

1. Por pessoa designada pelo falecido para exercer este direito após a sua morte, em documento outorgado em vida (é necessário anexar cópia do documento);
2. Pelo/a cabeça de casal da herança, podendo ter acesso apenas ao certificado de óbito (com ou sem indicação da causa da morte);
3. Pelos herdeiros, todos em conjunto, no caso da restante informação clínica (além do certificado de óbito);
4. No caso de o titular dos dados ter determinado a impossibilidade do exercício dos direitos após a sua morte, por quem quer que seja, não será possível aceder ao solicitado.

### **Notas:**

O pedido deve ser feito pela cabeça-de-casal indicado a sua identificação e a do titular falecido

**Documento comprovativo do exercício de funções como cabeça-de-casal:** declaração de comunicação do óbito às finanças do qual conste a indicação de todos os herdeiros e de qual deles exerce as funções de cabeça-de-casal ou Habilitação de Herdeiros.

Para pedido do certificado de óbito é necessário informar o número do certificado.

## **ANEXO A - Declaração de Autorização para Acesso à Informação Clínica**