

Requerimento de Pedido de Acesso à Informação de Saúde pelo Titular (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: / / contacto: Nº PU:

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

2- 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

3- 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 de 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"/>

4- 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	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

5- FINALIDADE DA INFORMAÇÃO CLÍNICA (necessário preencher para anexar modelo ou informação)

Atestado Multiuso Segurança Social

Junta Médica: CSaúde LPCC

Outro:

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

6- INTERMEDIÇÃO MÉDICA (Por decisão opcional do próprio titular) - OPCIONAL

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:

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 (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.

Os dados recolhidos neste formulário são tratados pelo HDES e 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 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. 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: Av. D. Manuel I – 9500-370 Ponta Delgada ou por e-mail através do endereço eletrónico: HDES_InfoClinica@azores.gov.pt.

7- ASSINATURA DO TITULAR DOS DADOS (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

8- COMPROVATIVO DA ENTREGA DO PEDIDO

A PREENCHER PELO SERVIÇO:

Rúbrica:

Nº. Registo:

Nº Mec.:

Nº. PU:

Data:

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: 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, o titular ou requisitante pode **fazer assinatura digital qualificada** (<https://www.autenticacao.gov.pt/ASSINATURA-DIGITAL/ASSINATURA-DIGITAL-QUALIFICADA>) ou, 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, exibir 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, exibir o documento de identificação pessoal** com deslocação para o efeito ao Gabinete da Cedência da Informação Clínica.

Pedido de acesso pelo titular da informação de saúde

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.

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 pelo titular.