

Requerimento n.º _____
Despacho: _____

Ex.mo Senhor,
Diretor Clínico da Casa de Saúde de São Mateus Hospital

1. Consentimento para o Tratamento de Dados Pessoais

Li e aceito os termos e condições da [Política de Tratamento de Dados da CSSMH](https://www.casadesaude.pt/), disponível em <https://www.casadesaude.pt/>, a fim de dar seguimento ao meu pedido. Titular dos dados pessoais | Terceiro

2. Dados de Identificação do Titular

Nome Completo _____ . Data de nascimento ____/____/____
Morada _____ (código postal) _____ - _____,
Telefone _____, Email _____, Bilhete de Identidade
(BI)/Cartão Cidadão (CC) n.º _____, válido até ____/____/____
Pedido de acesso à informação para efeitos de (1), _____

3. Dados de Identificação de Terceiro

Ao abrigo do disposto na Lei n.º 26 /2016 e RGPD, **autorizo enquanto titular dos dados o acesso a terceiro na qualidade de (2)** _____

Pedido efetuado por terceiro com autorização legal na qualidade de (2) _____

solicita a informação pessoal do titular identificado no ponto 2, na modalidade de acesso em baixo assinalada.

Nome Completo _____ . Data de nascimento ____/____/____
Morada _____ (código postal) _____ - _____,
Telefone _____, Email _____
Bilhete de Identidade (BI)/Cartão Cidadão (CC) n.º _____, válido até ____/____/____

4. Modalidades de Acesso Referir com precisão a(s) área(s) assistencial(ais) (3), data(s) e serviço(s)

- Relatório Clínico (4)
 Cópia de Exame (5)
 Certidão / Declaração
 Outro _____

5. Intermediação Médica

Por meu interesse, indico para efeitos de intermediação, o médico/a, Dr./Dra. _____

N.º Ordem _____ Contacto telefónico _____ Email _____

6. Forma de Entrega (6)

- Por correio simples Levantamento presencial Email

7. Assinatura(s) e sua validação

O Titular da informação _____ (assinatura conforme BI/CC)

Terceiro com autorização dada pelo titular _____ (assinatura conforme BI/CC)

Terceiro com autorização legal _____ (assinatura conforme BI/CC)

Terceiro com autorização legal _____ (assinatura conforme BI/CC)

Confirmei a(s) identidade(s), mediante verificação do documento de identificação.

O/a profissional _____ (Nome Legível)

8. Data de Receção na CSSMH

Deu entrada em ____/____/____, o requerimento de pedido de acesso a dados pessoais n.º _____

O/a colaborador/a _____ (Nome Legível)

Ver notas explicativas no verso

9. Campo para Assinaturas Digitais se aplicável conforme Política de Proteção de Dados

10. Notas Explicativas

- (1) Facultativo, se for o titular, se autorizar um terceiro deverá indicar para que finalidade.
- (2) Terceiro com legitimidade para aceder a documentos nominativos – indicar parentesco ou tipo de representação.
- (3) Áreas Assistenciais: Internamento Médico/Cirúrgico / Consulta externa / Serviço Médico Permanente/ Sinistrados.
- (4) Relatório Clínico, informação clínica, constante no processo clínico. Relatórios para outras finalidades, mediante pagamento de consulta.
- (5) Identificar o exame pretendido. Se 2ª via, mediante pagamento.
- (6) Forma de Entrega. Por correio, mediante pagamento de taxa administrativa. Preencher apenas se não tiver optado por intermediação médica.

11. Despachos Intercalares

Requerimento n.º _____

12. Informações Adicionais

Qualquer esclarecimento relacionado com a proteção/tratamento dos dados pessoais, deverá ser remetido para o **Encarregado de Proteção de Dados**, através do endereço de correio eletrónico, gestor.qualidade@casadesaude.pt, ou por via postal para Encarregado de Proteção de Dados, Casa de Saúde de São Mateus, Hospital, Rua 5 de Outubro, 3500-093, Viseu.