

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DOS DADOS

Nome completo: _____
Nº Documento de Identificação (BI/CC): _____ Nº Utente de Saúde: _____
Data de Nascimento: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE DOS DADOS (quando terceiro)

Nome completo: _____
Nº Documento de Identificação (BI/CC): _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Parentesco/Justificação: _____

Deve juntar a documentação que o comprove, sob pena de não ser considerada essa informação no pedido.

Considerando os dados pessoais recolhidos e sujeitos a tratamento pela vossa entidade, nos termos dos artigos 15º e 20º 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, ou nos termos do n.º 5 do artigo 6.º da Lei n.º 26/2016, venho por este meio, exercer o direito de acesso à seguinte informação:

- RX a _____
 TC a _____
 RM a _____
 Data do Exame: ____/____/____
 Relatório médico de _____
 Outro _____
 Certificado de óbito: Com causa de morte Sim Não

Para dar cumprimento ao direito por mim exercido dou expressamente consentimento para utilização dos meus contactos:

Morada: _____
Código Postal: _____ - _____ Fax: _____
Contacto Telefónico: _____ Correio Eletrónico: _____

FORMA DE ENTREGA PREFERENCIAL

- Por correio registado para a morada Levantamento presencial Correio eletrónico Fax

INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DE DADOS DE SAÚDE:

Os dados de saúde dos utentes são tratados de acordo com o Regulamento sobre a Proteção dos Dados Pessoais (RGPD), adaptado à ordem jurídica portuguesa pela Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, e com a demais legislação portuguesa relativa a dados pessoais, acesso a informação administrativa e tratamento específico de dados de saúde e informação genética.

Os dados recolhidos neste formulário são tratados pelo Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira e destinam-se apenas ao tratamento e efetivação de pedido de acesso a informação clínica, não integrando o processo clínico do titular. Este formulário será conservado pelo período necessário à satisfação do pedido e arquivado digitalmente pelo prazo mínimo de 10 anos. De acordo com a legislação, o titular e o requerente poderão ter acesso a cópia deste formulário, solicitar informação sobre o seu tratamento, retificá-lo, opor-se ao seu tratamento por meios automatizados ou requerer o seu apagamento.

Caso este requerimento consubstancie um pedido subsequente, poderão ser cobrados custos administrativos sobre as cópias emitidas (n.º 3, do art.º 15 do RGPD).

Cópia do Bilhete de Identidade ou Cartão do Cidadão: A cópia/digitalização do documento de identificação apenas ocorre no caso de:

1. O pedido ser apresentado por meios de comunicação à distância sem assinatura digital, pois é necessário para a verificação da identidade e assinatura;
2. Quando o titular dos dados é pessoa diversa do requerente, para prova da identidade do titular dos dados que se pretende aceder;
3. Quando seja necessário para prova de algum facto nele constante (prova que o utente “não sabe assinar” ou da relação familiar – caso de pedido por pais/filhos);
4. Fora dos casos anteriores, quando o titular do documento autorizar a sua cópia.

Data: ____/____/____

(Assinatura do REQUERENTE conforme documento de identificação)

A PREENCHER PELO SERVIÇO

Data: ____/____/____ Distribuição/Nº Registo: _____

Receionei o presente requerimento e comprovei a identidade do requerente através do respetivo documento de identificação.

Assinatura: _____ Nº Mec.: _____

1. PEDIDO DE ACESSO PELO TITULAR DA INFORMAÇÃO DE SAÚDE**A. Preenchimento obrigatório:**

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

Devem ser indicados, com o maior detalhe possível, os exames/relatórios/certificados ou outro (indicar a data, o médico ou serviço, por exemplo), para que seja possível facultar o documento que se pretende.

Devem ser indicados os dados de contacto necessários para o envio da documentação solicitada, podendo ser entregue em mão na secretaria, remetidos por correio, email ou fax, conforme indicado pelo titular.

O titular dos dados deve assinar o requerimento conforme o seu documento de identificação.

B. Formas de apresentação do requerimento:

Presencial, por escrito (preferencial): Deve dirigir-se à Secretaria da Administração do Hospital, preencher este formulário e apresentar o seu documento de identificação, para conferência da identidade e assinatura.

Presencial, verbal: Deve dirigir-se à Secretaria da Administração do Hospital, expressar verbalmente o seu pedido e apresentar documento de identificação com a indicação “Não sabe assinar” ou “Não pode assinar”, do qual deverá ser extraída cópia para prova deste facto. O pedido será reduzido a escrito pelo Assistente Técnico, ou por familiar do titular dos dados, sendo que, neste último caso, o familiar deve assinar como requerente, e extrair-se cópia do documento de identificação para comprovação do parentesco (ou apresentado outro documento idóneo).

Por meios de comunicação à distância (carta, email ou fax): Por correio, deve enviar o requerimento assinado e cópia do seu documento de identificação, para comprovar a identidade e a assinatura, ao cuidado da *Secretaria do Conselho de Administração do Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, EPER, Canada do Breado, 9700-049 Angra do Heroísmo*; por email, deve enviar o requerimento com assinatura digital - ou assinar manualmente, digitalizar e juntar digitalização do documento de identificação pessoal, para comprovar a identidade e a assinatura - para o endereço de correio eletrónico hseit.secretaria@azores.gov.pt; por fax, deve assinar o requerimento manualmente e juntar cópia do documento de identificação pessoal, para comprovar a identidade e assinatura, e enviar para o número de fax 295.240.087.

2. PEDIDO DE ACESSO POR TERCEIRO HABILITADO

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

2.1. Quando expressamente autorizado pelo titular da informação de saúde, podendo ser:

- Por **pessoa designada para assinar** a seu pedido (assinatura a rogo notarial), quando não saiba ou não possa assinar;
- Por **pessoa designada como procuradora**, com poderes para representá-la junto de instituições de saúde/hospital, e/ou para ter acesso a informação clínica/de saúde.

2.2. Quando o titular da informação clínica não disponha de condições de saúde física ou mental para requerer o acesso à sua informação clínica:

- Por **médico responsável** pela prestação dos cuidados de saúde;
- Por **familiar**, mediante a apresentação de declaração do médico que ateste a incapacidade do utente, podendo ter acesso à informação necessária ao fim que se pretende alcançar (para a prestação de cuidados/acionar seguro/etc).

2.3. Quando o titular da informação seja menor/menor acompanhado/ausente:

- Por um dos **titulares das responsabilidades parentais**, quando se trate de menor, devendo ser apresentada prova da parentalidade, nomeadamente por documento de identificação pessoal do menor (ou apresentado outro documento idóneo).
- Por **tutor**, no caso de menor que não seja representado pelos pais, conforme sentença judicial de nomeação;
- Por **acompanhante**, no caso de ter sido declarada pelo tribunal a aplicação do regime do maior acompanhado, devendo apresentar a sentença judicial;
- Por **curador**, no caso de ter sido nomeado pelo tribunal, em virtude de ausência (por desaparecimento) do titular dos dados, devendo apresentar sentença judicial.

2.4. Quando o titular dos dados de saúde haja falecido:

- Pelo/a **cabeça de casal** da herança do utente falecido, podendo ter acesso apenas ao certificado de óbito (com ou sem indicação da causa da morte);
- Pelos **herdeiros**, todos em conjunto, no caso da restante informação clínica (além do certificado de óbito);
- Por **pessoa designada** pelo falecido para exercer este direito após a sua morte, em documento outorgado em vida.

A. Preenchimento obrigatório:

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

No título “Identificação do Requerente dos Dados”, deve sempre preencher o “Nome completo do Requerente”, “N.º do Documento de Identificação (BI/CC)” e “Data de Nascimento”, e indicar a relação que tem com o titular dos dados (filho, pai, médico encarregado pelos cuidados) para que seja possível identificar e averiguar se reúne os requisitos para ter acesso aos dados.

Devem ser indicados, com o maior detalhe possível, os exames/relatórios/certificados ou outro (indicar a data, o médico ou serviço, por exemplo), para que seja possível facultar o documento que se pretende.

Devem ser indicados os dados de contacto necessários para o envio da documentação solicitada, podendo ser entregue em mão na secretaria, remetidos por correio, email ou fax, conforme indicado pelo titular.

O requerente deve assinar o requerimento conforme o seu documento de identificação.

B. Formas de apresentação do requerimento:

Presencial, por escrito (preferencial): Deve dirigir-se à Secretaria da Administração do Hospital, preencher este formulário e apresentar o seu documento de identificação, para conferência da identidade e assinatura.

Presencial, verbal: Deve dirigir-se à Secretaria da Administração do Hospital, expressar verbalmente o seu pedido e apresentar documento de identificação com a indicação “Não sabe assinar” ou “Não pode assinar”, do qual deverá ser extraída cópia para prova deste facto. O pedido será reduzido a escrito pelo Assistente Técnico, ou por familiar do titular dos dados, sendo que, neste último caso, o familiar deve assinar como requerente, e extrair-se cópia do documento de identificação para comprovação do parentesco (ou apresentado outro documento idóneo).

Por meios de comunicação à distância (carta, email ou fax): Por correio, deve enviar o requerimento assinado e cópia do seu documento de identificação, para comprovar a identidade e a assinatura, ao cuidado da *Secretaria do Conselho de Administração do Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira, EPER, Canada do Breado, 9700-049 Angra do Heroísmo*; por email, deve enviar o requerimento com assinatura digital - ou assinar manualmente, digitalizar e juntar digitalização do documento de identificação pessoal, para comprovar a identidade e a assinatura - para o endereço de correio eletrónico hseit.secretaria@azores.gov.pt; por fax, deve assinar o requerimento manualmente e juntar cópia do documento de identificação pessoal, para comprovar a identidade e assinatura, e enviar para o número de fax 295.240.087.

Sempre que o requerente alegue determinado facto, deve juntar a documentação que o comprove, sob pena de não ser considerada essa informação no pedido.