

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 FUNCIONARIO(A) QUE RECEBE O PEDIDO

Nº Registo: _____

Datas: Entrada ____/____/____

Saída/envio ____/____/____

1 - IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DOS DADOS

Nome completo: _____

N.º Documento de Identificação (BI/CC/Outro): _____

Data de Nascimento: _____

Processo nº _____

2 - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome completo: _____

N.º Documento de Identificação (BI/CC/Outro): _____

Data de Nascimento: _____

Parantesco: _____

(progenitor/filho(a)/conjugue/união facto/viúvo(a)/outro)

3 – INTERMEDIACÃO MEDICA (por decisão **opcional** do próprio titular)

Por meu interesse e ao abrigo do art.º 7 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.º4 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 medico responsável pelo seguimento no hospital) É realizado por conjugue sobrevivente, ascendente, descendente ou familiares diretos do utente falecido e Herdeiros (se pretende o acesso à informação clínica, deve anexar obrigatoriamente a Habilitação de Herdeiros)

5- DOU EXPRESSAMENTE CONSENTIMENTO PARA UTILIZAÇÃO DOS CONTACTOS:

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

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 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 (consulta, internamento, urgência, exames e indique se possível: médico, especialidade e período temporal – dia, mês, ano):

5- FINALIDADE DA INFORMAÇÃO CLÍNICA/RELATÓRIO MÉDICO (Prestação de cuidados, Seguradora, Junta Médica, Advogado, Outros):

Informação sobre Tratamento de Dados Pessoais:

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

Os dados recolhidos neste formulário são tratados pelo Hospital da Horta EPER, e destinam-se apenas ao tratamento e efetivação de pedido de exercício dos direitos do titular dos dados, não integrando o processo clínico do titular. Este formulário será conservado pelo período necessário à satisfação do pedido e arquivado digitalmente pelo prazo máximo 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, 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, através do endereço eletrónico: DPO.HH@azores.gov.pt ou do endereço postal: Hospital da Horta EPER, Estrada Príncipe Alberto do Mónaco, 9900-038 Horta.

Para mais informações pode consultar a Política de Privacidade de Dados Pessoais do HH ou solicitar uma cópia na Receção do HH.

Nota 1: O requerente deverá apresentar o seu documento de identificação, para que se possa realizar a verificação da assinatura e respetivos dados de identificação. Quando o pedido é 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** para o e-mail hh.rececao@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 de se poder vir a solicitar que seja exibido o original. Poderá, ainda, **posteriormente, exibir o documento de identificação pessoal** com deslocação para o efeito na Receção do Hospital.

Nota 2: Nos termos do n.º 5 do art.º 6.º da Lei 26/2016, de 22 de agosto, com as suas respetivas alterações, "Um terceiro só tem direito a 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; b) Se demonstrar fundamentalmente ser titular de um interesse direto, pessoal, legítimo e constitucionalmente protegido suficientemente relevante, após ponderação, no quadro do princípio da proporcionalidade, de todos os direitos fundamentais em presença e do princípio da administração aberta, que justifique o acesso à informação."

Nota 3: Nos termos do n.º 2 do art.º 7º da Lei 26/2016, de 22 de agosto, com as suas respetivas alterações, "Na impossibilidade de apuramento da vontade do titular quanto ao acesso, o mesmo é sempre realizado com intermédio de médico."

Nota 4: No caso deste requerimento consubstanciar um pedido subsequente, poderão ser cobrados custos administrativos referentes às cópias (n.º 3 do art.º 15º, RGPD).

6 - ASSINATURA DO TITULAR DOS DADOS

_____, ____ de _____ de _____

(conforme documento de identificação pessoal ou assinatura digital qualificada)

A PREENCHER PELO FUNCIONARIO(A) QUE RECEBE O PEDIDO

Rececionei o presente requerimento e comprovei a identidade do titular dos dados através do respetivo documento de identificação pessoal apresentado.

Recebido por: _____

Nº. Mecanográfico: _____ Data: ____/____/____ Nº Registo _____

Despacho do RAI:

7 – COMPROVATIVO DE ENTREGA DO PEDIDO

A PREENCHER PELO FUNCIONARIO(A) QUE ENVIA/ENTREGA O PEDIDO

Enviado por: _____

Nº. Mecanográfico: _____ Data: ____/____/____ Nº Registo _____

Comprovativo de entrega presencial (a preencher por quem recebe o pedido)

Recebi os documentos solicitados em ____/____/____ Assinatura: _____

INFORMAÇÕES DE PREENCHIMENTO DO REQUERIMENTO

Os pedidos são formulados através do preenchimento de forma legível e assinatura do modelo de requerimento disponibilizado pela Receção do HH e disponível na Intranet do HH.

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 na Receção, remetidos por via postal ou por via eletrónica por e-mail, conforme indicado pelo titular.

PEDIDO DE ACESSO POR TERCEIRO HABILITADO

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.

FORMAS DE APRESENTAÇÃO DO REQUERIMENTO

Presencial, por escrito (preferencial): Deve dirigir-se a Receção do HH, na entrada principal do HH, sito Estrada Príncipe Alberto do Mónaco – 9900-038 Horta 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 a Receção do HH, 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: hh.rececao@azores.gov.pt, o titular ou requisitante pode fazer assinatura qualificada (<https://www.autenticacao.gov.pt/ASSINATURA-DIGITAL/ASSINATURA-DIGITALQUALIFICADA>) 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. Poderá, ainda, posteriormente, exibir o documento de identificação pessoal com deslocação para o efeito à Receção do HH.

Não Presencial, por via postal: enviar carta registada para a morada: Estrada Príncipe Alberto do Mónaco – 9900-038 Horta endereçando à Receção, 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. Poderá, ainda, posteriormente, exibir o documento de identificação pessoal com deslocação para o efeito à Receção.