

REGISTO DE ENTRADA

Espaço reservado para o carimbo da instituição

Exmo. (a) Senhor(a)

Diretor(a) Clínico (a) da Unidade de Saúde da Ilha do Faial

Exemplar para a USIFaial. Entregue ao solicitante recibo /comprovativo de entrega

1	DADOS DO(A) UTENTE		
NOME COMPLETO _____			
Nº UTENTE _____		Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO _____	
NÚMERO DO PROCESSO _____			
2	DADOS DO(A) REQUERENTE (a preencher quando o solicitante não é o utente)		
NOME COMPLETO _____		Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO _____	
TIPO DE LIGAÇÃO ENTRE O UTENTE E O SOLICITANTE: FAMILIAR ___ CONJUGE ___ UNIÃO DE FACTO ___ REPRESENTANTE LEGAL ___ OUTRO _____			
PREENCHER EM CASO DE AUTORIZAR EXPRESSAMENTE A UMA PESSOA: AUTORIZO A PESSOA QUE CONSTA COMO SOLICITANTE PARA QUE ATUE EM MEU NOME PARA PEDIR E RECEBER A RESPOSTA AO PEDIDO DE SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA			
			Data: __/__/____ Assinatura do (a) utente
3	DADOS PARA EFEITOS DE RESPOSTA		
ESTES DADOS CORRESPONDEM A: UTENTE ___ SOLICITANTE ___			
MORADA COMPLETA _____			
LOCALIDADE: _____			CÓDIGO POSTAL: _____
CONTACO TELEFÓNICO: _____		CORREIO ELETRÓNICO: _____	
4	FORMA DE ENTREGA:		
Por correio registado para a morada supracitada <input type="checkbox"/>		Levantamento Presencial <input type="checkbox"/>	Correio eletrónico supracitado <input type="checkbox"/>
5	DADOS DE SAÚDE RELACIONADOS COM O PEDIDO		
- MOTIVO DE SOLICITAÇÃO? _____			
- INSCRITO NA LISTA DO(A) MÉDICO(A): _____			
- DESCRIÇÃO DA CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO OU CONSULTA DA HISTÓRIA CLÍNICA: _____			
Documentação pretendida (assinalar com um X)		Referir as áreas assistenciais (Exemplo: consulta médica, vacinação, domicílio, etc.) e datas	
<input type="checkbox"/> Declaração			
<input type="checkbox"/> Cópia do Processo Clínico em papel			
<input type="checkbox"/> Cópia(s) de exames			
<input type="checkbox"/> Consultar o Processo Clínico			
6	LUGAR, DATA E ASSINATURA DO(A) UTENTE OU SEU REPRESENTANTE		
_____ a ___ de _____ de _____ Assinatura: _____ (O solicitante ou seu representante legal)			
7	DOCUMENTAÇÃO A ENTREGAR (assinalar com um X):		
Fotocópia do BI/CC ou Passaporte do(a) utente <input type="checkbox"/>		Fotocópia do BI/CC ou Passaporte do(a) utente <input type="checkbox"/>	
Fotocópia da declaração de incapacidade do utente <input type="checkbox"/>		Fotocópia da documentação que certifique o parentesco <input type="checkbox"/>	
Fotocópia da sentença judicial ou outra declaração de tutoria (em caso de incapacidade) <input type="checkbox"/>			
Em caso de menores com pais divorciados, separados legalmente ou outra situação que comprove separação da convivência:			
Fotocópia da sentença atualizada que resolve a situação do menor ou eventuais medidas acordadas <input type="checkbox"/>			
Declaração autenticada de que não existem medidas cautelares de proteção ao menor <input type="checkbox"/>		Outra documentação <input type="checkbox"/>	
8	CONFIRMAÇÃO DA IDENTIDADE (A preencher pelos serviços da USIFaial)		
"Confirmei a identidade do requerente, mediante a verificação do documento de identificação".			
O (a) Funcionária (o): _____ n.º mecanº. _____ Data: __/__/20____			
9	EM CASO DE LEVANTAMENTO PRESENCIAL:		
Recebi a __/__/20__ a informação solicitada correspondente a este pedido.			
Assinatura (requerente ou pessoa autorizada) : _____ (conforme documento de identificação)			

NOTAS GERAIS PARA PREENCHIMENTO

Deve ser preenchido com letras MAIÚSCULAS para facilitar a leitura dos dados.

Os **campos que devem ser preenchidos exclusivamente pelo utente ou seu representante** são os seguintes:

- DADOS DO(A) UTENTE
- DADOS DO(A) REQUERENTE (a preencher quando o solicitante não é o utente)
- DADOS PARA EFEITOS DE RESPOSTA
- FORMA DE ENTREGA
- DADOS DE SAÚDE RELACIONADOS COM O PEDIDO
- LUGAR, DATA E ASSINATURA DO(A) UTENTE OU SEU REPRESENTANTE
- DOCUMENTAÇÃO A ENTREGAR (assinalar com um X)
- EM CASO DE LEVANTAMENTO PRESENCIAL (quando aplicável)

Os **campos que devem ser preenchidos pela USIFaial:**

- CONFIRMAÇÃO DA IDENTIDADE

PROTEÇÃO DE DADOS: em conformidade com os normativos legais vigentes da Proteção dos Dados Pessoais, a USIFaial informa que os dados pessoais obtidos mediante o preenchimento deste documento e de outros que estejam relacionados com o mesmo, para seu tratamento serão inseridos num sistema de informação interno. Informa-se ainda que a recolha e o tratamento de tais dados têm como finalidade gerir o seu pedido nos termos que constam neste formulário. De acordo a lei vigente pode exercer os seus direitos de acesso, retificação, cancelamento e de oposição dirigindo o seu pedido de exercer o direito, por escrito, ao Conselho de Administração da USIFaial.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS (RESERVADO AOS SERVIÇOS DA USIFAIAL)