

REGISTO DE ENTRADA
Espaço reservado para o carimbo da instituição
Exemplar para a USIFaial. Entregue ao solicitante recibo /comprovativo de entrega

1	DADOS DO(A) UTENTE		
NOME COMPLETO _____			
Nº UTENTE _____	Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO _____	IDADE ____	HOMEM ____ MULHER ____
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:			
<input type="checkbox"/> UTENTE <input type="checkbox"/> SOLICITANTE			
MORADA COMPLETA _____			
LOCALIDADE: _____		CÓDIGO POSTAL: _____	
CONTATO TELEFÓNICO: _____		CORREIO ELETRÓNICO: _____	
4	DADOS DE SAÚDE RELACIONADOS COM O PEDIDO		
INSCRITO NA LISTA DO(A) MÉDICO(A): _____			
POR TER DÚVIDAS RELATIVAS AO QUE ME FOI PROPOSTO, VENHO SOLICITAR A REALIZAÇÃO DE CONSULTA PARA OBTENÇÃO DE SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA. Processo Assistencial em Causa 			
Sede Extensão Qual? 			
CAUSA DO PEDIDO:			
Confirmar Diagnóstico ____ Confirmar tratamento proposto ____ Ambos ____			
5	LUGAR, DATA E ASSINATURA		
As informações que declaro neste requerimento são verdadeiras, assumo a responsabilidade devido a omissão ou falsas informações e SOLICITO informação ao pedido no prazo estabelecido de 30 dias úteis, comprometendo-me durante este período adotar qualquer decisão que possa requerer, relacionada com o processo assistencial objeto deste requerimento.			
Em _____ a ____ de _____ de _____ (O solicitante)			
Assinatura: _____			
PRAZO DE RESPOSTA AO UTENTE: ____/____/____ (A preencher pelo Gabinete do Utente)			
Receção pelo Gabinete do Utente		Receção pelo(a) Diretor(a) Clínico(a)	
Data: __/__/____ Rubrica: _____		Data: __/__/____ Rubrica: _____	
Marcação de Consulta pelo(a) Diretor(a) Clínico(a)		Informação ao utente pelo Gabinete do Utente	
Data: __/__/____ Rubrica: _____		Data: __/__/____ Rubrica: _____	
Registo de Saída: _____			

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 para segunda opinião médica. De acordo com 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.