



Formulário de Reclamação do Doente

Este impresso destina-se a formular uma reclamação junto da Ordem dos Médicos, com garantias de total confidencialidade, contra um médico.

Este formulário não é obrigatório, mas se o utilizar, auxiliar-nos-á a responder de forma mais rápida à sua reclamação.

Deve preencher este impresso com caneta preta ou azul, utilizar letras Maiúsculas e fornecer o máximo de informação que possuir.

IDENTIFICAÇÃO

Apresentante (indicar se é o doente, familiar, mandatário, etc)

Nome Completo:

Nome do Doente (preencher no caso de não ser o doente)

Data de Nascimento

Masc./Fem

Se a queixa é feita em nome do doente, deverá este preencher os campos abaixo:

Consinto que faça a reclamação em meu nome.
Autorizo também o seu acesso ao meu processo clínico, bem como a outra informação com relevância para a presente reclamação.

Data

Assinatura do Doente

Morada:

Localidade:

C. Postal:

País:

Telefone:

Fax:

E- Mail:

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Deve indicar o nome (s) completo(s) do (s) médico(s) a que diz respeito a presente reclamação, bem como a morada, se a souber ou o endereço do consultório onde efectuou a consulta.

Se forem mais de dois médicos, preencha uma outra folha em separado.

Todos os médicos têm um número de cédula profissional, atribuído pela Ordem dos Médicos. Deverá, sempre que possível, indicar esse número. Se o desconhecer, poderá consultar o nosso site em: www.ordemdosmedicos.pt e no link, pesquisa de médicos, e fazer a busca através do nome.

Nome:

Cédula Profissional:

Morada:

C.Postal:

Cidade: País:

Nome:

Cédula Profissional:

Morada

C.Postal:

Cidade: País:

EXPOSIÇÃO DOS MOTIVOS

Indique os motivos da Reclamação. Descreva exactamente qual a situação, onde ocorreu e a data em que ocorreu. Se estiver envolvido mais do que um médico, explique em que medida esteve cada um envolvido.

Se necessário, continue numa outra folha em separado e anexe-a a este formulário

Se possui documentos, tais como cartas, relatórios médicos, entre outros, que possam sustentar a sua reclamação, por favor, indique quais no espaço abaixo e anexe uma cópia à presente reclamação.

EXPOSIÇÃO DOS MOTIVOS

Indique aqui o nome das pessoas que tenham tido conhecimento ou contacto com a reclamação e descreva em que medida estiveram estas envolvidas:

Apresentou reclamação junto de outra entidade? Sim Não

Se sim, indique qual a entidade e qual a resposta dada à sua reclamação:

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO:

De molde a dar o melhor encaminhamento à sua reclamação, a Ordem dos Médicos terá de revelar os factos da mesma ao(s) médico(s) envolvido(s) e à(s) entidade(s) nas quais preste(m) os seus serviços. Assim, deverá dar o seu consentimento, assinando o campo abaixo e indicar a respectiva data.

Dou o meu consentimento a que a Ordem dos Médicos possa revelar a minha reclamação e outras informações por mim fornecidas, relacionadas com a reclamação, ao(s) médico(s) indicados neste formulário

Dou igualmente o meu consentimento a que o médico possa revelar qualquer informação necessária à Ordem dos Médicos para a análise da minha reclamação.

Declaro, que toda a informação acima descrita corresponde à verdade.

Local e Data

Assinatura do doente ou do reclamante (como autorizado na página 1 do presente formulário)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO – OBTENÇÃO DE PROCESSO CLÍNICO

Para analisar a Reclamação apresentada, a Ordem dos Médicos poderá ter necessidade de obter uma cópia do processo clínico do doente. Assim, para que o possamos fazer, ao abrigo do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, necessitamos de obter o consentimento do doente, do seu tutor ou representante legal e, bem assim, que nos indique qual o hospital ou clínica onde possa encontrar-se o processo clínico relacionado com a situação descrita.

Se é o próprio doente à apresentar a Reclamação, assine e indique a data.

Dou a minha autorização à Ordem dos Médicos para verificar os registos clínicos relacionados com a presente reclamação, no período considerado relevante.

Assinatura:

Data:

Se o doente tem menos de 16 anos, deverão ser os pais ou representante legal a preencher esta secção:

Nome:

Dou o consentimento a que a Ordem dos Médicos obtenha cópias do processo clínico de

Nome:

Data de Nascimento:

Referentes ao período que a Ordem dos Médicos considere relevante para esta reclamação

Assinatura:

Data:

Identificação (doente, familiar, mandatário, etc):

Se o doente faleceu, o parente mais próximo ou representante legal deve preencher esta secção:

Nome:

Dou a minha autorização a que a Ordem dos Médicos obtenha cópias do processo clínico de

Nome do Doente:

Data de Nascimento:

Data do Falecimento:

referentes ao período que a Ordem dos Médicos considere relevante para a presente queixa. Confirmo que possuo os poderes legais para conceder esta autorização.

Data:

Assinatura:

Identificação:

(parente próximo, representante legal, etc. Deverá juntar comprovativo dos poderes invocados. Ex procuração, Habilitação de Herdeiros ou outro documento que demonstre a relação familiar)

Nome do Hospital /Clínica médica, onde estão guardados os registos Clínicos (se conhece esta informação):
