

Declaração sobre a gestão e a conservação de processos clínicos,
responsável pelo prestador de cuidados de saúde, pessoa colectiva

(Aplicável a profissionais de saúde que cancelem licença integral/
licença limitada)

Nos termos previstos do n.º 2 do artigo 8.º da Lei n.º 5/2016 “Regime Jurídico do Erro Médico” e do despacho dos Serviços de Saúde n.º 05/SS/2017 “Instruções sobre os procedimentos de registo, gestão, conservação e eliminação do processo clínico”. Declaro que _____, tipo de licença integral/ licença limitada (assinalar a opção apropriada) _____, n.º de licença _____, já cumpro as disposições acima referidas sobre a gestão e a conservação de processos clínicos dos meus utentes, responsável pelo prestador de cuidados de saúde, pessoa colectiva de _____.

Declaro que os dados acima referidos são verdadeiros e idênticos.

O declarante
_____ Assinatura conforme a constante do BIR ____ de _____ de _____

A presente declaração é autorizada pela pessoa colectiva
_____ Assinatura e carimbo pelo(a) representante de pessoa colectiva ____ de _____ de _____