



ULSBA

Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE

NSC: _____

HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES - BEJA

_____, Portador do
Bilhete de Identidade / Cartão Cidadão nº. _____,
com a validade de ____/____/____, nascido(a) em ____/____/____,
Filho (a) de _____
e de _____, residente na morada

Código Postal ____ - ____ . Localidade _____

Tel: _____ Enviar pelo Correio Vem levantar

Solicita a V. Ex.^a que seja facultado o seguinte:

- Relatório Médico
 - Internamento
 - Consulta Externa
 - Urgência ____/____/____

- Fotocópias

Para efeitos de (Médico de Família, Médico Particular, Companhia de Seguros, Junta Médica, Tribunal, Reforma, outros, etc.):

Beja, em ____ de ____ de _____

(Assinatura)

ca@ulsba.min-saude.pt

Tel: 284 310 200

Solicitar à Direção Clínica o Relatório Médico de (Consulta; Internamento; Urgência; Fotocópias); Para efeitos de: _____

Dados do B.I / Cartão de Cidadão do Utente

Morada; Contacto Telefónico; Anexar / Digitalizar B.I / Cartão de Cidadão