Unidade Local de Saúde
Castelo Branco, EPE

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

MODELO
ACESSO À INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Informação	Despacho

Unidade Orgânica

_____

À DIRECÇÂO CLÌNICA
UNIDADE LOCAL DE SAUDE
DE CASTELO BRANCO,EPE

(**) O requisitante deve ser portador de fotocópia de documento de identificação do utente titular da informação clínica.

(Nome do requisitante) _____

portador do Bilhete de Identidade / Cartão Cidadão nº. _____ emitido em _____ e na qualidade de (indicar parentesco) _____ do utente _____, venho solicitar a V. Exa que lhe sejam facultadas fotocópias dos exames e documentos clínicos juntos ao seu processo, relativos ao episódio de doença verificada em _____ e efectuados no hospital no serviço de /centro de saúde de _____

para efeitos _____.

Castelo Branco em _____/_____/_____

«««««««««««««««««««««A Preencher pelo utente titular da informação clínica«««««««««««««««

Eu _____ com o nº Bilhete de Identidade /cartão de Cidadão _____ emitido em _____ autorizo o Sr(a) _____ a obter informação e fotocópia dos documentos clínicos de que sou titular.

Assinatura do utente _____

«««

Pede deferimento
O requerente