



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA, EPE

Pedido de Informação Clínica

Do próprio De terceiros

Ao RAI, para parecer.

Autorizado. Ao SGU

___/___/___

(A Direção Clínica)

Nome do requerente: _____
residente em _____,
portador(a) do B.I./Cartão do Cidadão n.º _____, como n.º de telm./telf. _____
na qualidade de¹ _____.

Vem requerer que lhe seja disponibilizado(a):

- Relatório Médico Exames Complementares de Diagnóstico (Relatórios e/ou Imagens)
 Informação Clínica Certificado de Óbito com causa de morte

Referentes aos episódios decorridos na unidade hospitalar de HSM HNSA, no(s) Serviço(s) _____
no(s) período(s) de _____
relativo(s) ao utente _____
com a data de nascimento ___/___/___ e o n.º de Processo Clínico _____

A informação solicitada destina-se a:

- Junta Médica/Reforma Seguradoras Acompanhamento Médico Processo Judicial
 Outros (especificar) _____

A informação solicitada deverá ser disponibilizada, preferencialmente, até à data de ___/___/___

Na morada acima indicada/ noutra morada: _____

Ao Médico Assistente: Dr. (a) _____ da Unidade de Saúde _____

Levantamento presencial pelo próprio/ outra pessoa a indicar: _____
(riscar o que não interessa)

O Requerente

___/___/___

(Assinatura conforme B.I. ou C.C.)

Anexar: Cópia do B.I. ou Cartão de Cidadão, para confrontação da assinatura

¹ Utente (quando seja o próprio a requerer informação); representante legal (indicar parentesco ou tipo de representação), herdeiro legal (caso o utente já tenha falecido), procurador, detentor de autorização escrita do titular do processo clínico ou de comprovado interesse directo, pessoal e legítimo (a especificar).