

PEDIDO DE RELATÓRIO MÉDICO

À Direção Clínica do  
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

*Anabela*  
Deliberação do Conselho de Administração

UTENTE	
NOME _____	PROCESSO: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	BI/CC N.º _____
FILIAÇÃO: _____	VALIDADE: _____
RESIDÊNCIA: _____	Presidente: _____
CÓDIGO POSTAL: ____/____	LOCALIDADE: _____
CONTACTO TELEFÓNICO: _____	Dr. José Grilo Gonçalves

Solicita a V. Ex.ª se digne autorizar a informação clínica referente aos Serviços:

CONSULTA:

INTERNAMENTO:

*Dr. José Grilo Gonçalves*  
Diretor Clínico

*Anabela Salgado Serpa*  
Mestre Anabela Salgado Serpa  
Enfermeira-Diretora

URGÊNCIA:

EXAMES - GRAVAÇÃO EM CD:

Epis.n.º \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Epis.n.º \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Epis.n.º \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Epis.n.º \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Esta informação clínica destina-se a: \_\_\_\_\_

Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pede Deferimento

(Assinatura do Utente)

Anexos:

BI/CC  Autorização escrita do utente  Comprovativo da representação legal

GESTÃO DE DOENTES

ENVIADO AO SERVIÇO: _____	DATA: ____/____/____
RUBRICA / N.º MEC. (GD ou DClín/Serviço destino): _____	
DEVOLVIDO À GD OU DIREÇÃO CLÍNICA NA DATA: _____	____/____/____
RUBRICA / N.º MEC.: _____	

OBSERVAÇÕES: