

Requerimento em nome próprio

N.º Registo: \_\_\_\_\_

AO RESPONSÁVEL PELO ACESSO À INFORMAÇÃO CLÍNICA (RAI) DO HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA

\_\_\_\_\_ (NOME),

RESIDENTE EM \_\_\_\_\_

(MORADA), \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (CÓDIGO POSTAL), \_\_\_\_\_ (LOCALIDADE),

\_\_\_\_\_ (TELEFONE /TELEMÓVEL), COM DATA DE NASCIMENTO DE \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_, PORTADOR DO

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO N.º \_\_\_\_\_, TENDO RECORRIDO AOS SERVIÇOS DESTE

HOSPITAL, VEM REQUERER A V/ EXA. QUE SE DIGNE A FORNECER A SEGUINTE INFORMAÇÃO CLÍNICA:

Cópia do Processo Clínico

Relatório Clínico

Relatório Anatomopatológico referente à análise \_\_\_\_\_

Blocos de parafina referentes à análise \_\_\_\_\_

Lâminas referentes à análise \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

INDICAR A(S) CONSULTA(S) OU O(S) EPISÓDIO(S) DE INTERNAMENTO RELATIVO AO(S) QUAL(S) PRETENDE A INFORMAÇÃO:

Serviço de Urgência em: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Consulta de: \_\_\_\_\_ a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Consulta de: \_\_\_\_\_ a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Serviço de Internamento de: \_\_\_\_\_ a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Serviço de Internamento de: \_\_\_\_\_ a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

RAZÃO DO PEDIDO:

MÉDICO ASSISTENTE

Assistente Social

Escola

Tribunal

Embaixada/SEF

Companhia de Seguros

Outros \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Requerimento em nome próprio**

Quando possível, em alternativa ao fornecimento da informação solicitada em suporte físico (papel), solicito o envio da mesma para o endereço de correio eletrónico \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.

Autorizo que a informação clínica solicitada seja levantada por Terceiro (conforme IMP.ADM.011 Pedido de Acesso a Informação Clínica - Autorização de Acesso a Terceiros, em anexo ao presente requerimento).

PEDE DEFERIMENTO,

VILA FRANCA DE XIRA, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ASSINATURA: