

Requerimento em nome próprio

Pág. 1 / 2

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

- Cópia do Processo Clínico
- Relatório Clínico (**NOTA:** caso selecione este ponto, preencha no campo A) abaixo, a consulta ou episódio a que se refere)
- Exame com Relatório
- Exame sem Relatório (Raio-X)
- 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: