

Requerimento em representação de menores

Pág. 1 / 1

N.º Registo: _____

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

_____ (NOME

PAI / MÃE / REPRESENTANTE LEGAL), RESIDENTE EM _____

(MORADA), RESIDENTE EM _____,

_____ (TELEFONE /TELEMÓVEL), PORTADOR DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO N.º _____,

REPRESENTANTE LEGAL DO MENOR _____, NASCIDO

EM ___ / ___ / _____, PORTADOR DA CÉDULA DE NASCIMENTO/CC N.º _____, QUE

RECORREU AOS SERVIÇOS DESTES HOSPITAL, VEM, EM REPRESENTAÇÃO DO MESMO, REQUERER A V/ EXA. QUE SE DIGNE ENVIAR-LHE 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: _____

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

Serviço de Urgência: _____ a: ___ / ___ / _____

Consulta de: _____ a ___ / ___ / _____

Consulta de: _____ a ___ / ___ / _____

Serviço de Internamento de: _____ a ___ / ___ / _____

Serviço de Internamento de: _____ a ___ / ___ / _____

PARA:

Médico Assistente

Assistente Social

Escola

Tribunal

Embaixada / SEF

Companhia de Seguros

Outros: _____

PEDE DEFERIMENTO, VILA FRANCA DE XIRA, ___ / ___ / _____

ASSINATURA: