

Exm^a Direção Clínica do
Hospital Magalhães Lemos, E.P.E.
Rua Professor Álvaro Rodrigues
Porto

Nome completo do Requerente _____

Portador do B. I./C.C. n.º _____ Residente _____

_____ Código Postal _____

Grau de Parentesco _____ do Doente _____

_____ Nascido em ____/____/____, na freguesia de _____

Concelho de _____ Residente _____

Vem por este meio solicitar a V. Ex^a se digne mandar passar _____

Para _____

Pede Deferimento

Porto, _____ de _____ de 20____

(assinatura do requerente ou doente)

Informação da Seção de Doentes

Processo nº _____/_____

Médico Assistente _____

Enviar Pelo Correio – Sim /Não

Nota: Deve ser sempre entregue ao Requerente uma cópia deste documento