

Exmo. Senhor
Diretor Clínico do
Hospital do Espírito Santo Évora, EPE

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____ Telef.: _____

Data de nascimento: ___/___/___

B.I. C.C. Tit. Res. Passaporte n.º _____, emitido em: ___/___/___

vem requerer a V. Exa., como familiar (parentesco) _____ de:

_____ falecido a ___/___/___ neste Hospital com o certificado de n.º de óbito _____,

que se digna a facultar-lhe a seguinte informação clínica:

Relatório Clínico Cópia do Processo Clínico Outros _____

Esta informação destina-se a (**razão explícita pela qual quer a informação**):

Nos termos do n.º 5 do art.º 6 da Lei 46/2007 de 24 de Agosto – “ (...) 5 – Um terceiro só tem direito de acesso a documentos nominativos se estiver munido de autorização escrita da pessoa a quem os dados digam respeito ou demonstrar um interesse directo, pessoal e legítimo suficientemente relevante segundo o princípio da proporcionalidade. (...)”

Número de processo no HESE (facultativo): _____

Indicar de qual Serviço pretende o relatório:

Internamento no Serviço de: _____ em ___/___/___

Consulta Externa de: _____ em ___/___/___

Urgência em: ___/___/___

Mais declaro que tomei conhecimento que a informação clínica solicitada e acima mencionada apenas pode ser utilizada para os fins declarados neste pedido, de acordo com o n.º 2 do art.º 8 da Lei 46/2007 de 24 de Agosto.

Pede Deferimento,

HESE, ___/___/___

Assinatura: _____