

Ex.<sup>mo(a)</sup>. Sr.<sup>(a)</sup>

Director Clínico do  
Hospital José Luciano de Castro  
da Misericórdia de Anadia

(Nome do Doente) \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      B.I./C.C. Nº: \_\_\_\_\_

(Representante legal) \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Contacto (telefone/outro): \_\_\_\_\_

Solicita a V. Ex.<sup>ª</sup>:

Relatório Clínico

Fotocópia do Processo Clínico

Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

Os referidos elementos correspondem ao periodo de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Motivo do Pedido (*preenchimento obrigatório*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

(Doente/Representante Legal)

Autorizado por: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Nota:** Junto ao pedido de requisição deve ser anexada fotocópia do B.I./C.C. do doente ou seu representante legal.

ETIQUETA DO  
PROCESSO

Elementos fornecidos: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

O Funcionário: \_\_\_\_\_ Nº Mec: \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Confirmação de Recepção de Elementos	
Assinatura: _____	Data: ____ / ____ / ____