



INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA
DR. GAMA PINTO

Exmo.(a) Senhor(a)

Director Clínico

Requerente (nome completo) _____

Nacionalidade _____, portador do Bilhete de Identidade nº _____

Remeter para _____

Código postal _____ - _____ Telefone _____

Vem solicitar a V. Ex^a que lhe seja facultado o acesso a:

Relatório médico

Cópia do (s) Exame (s) no Processo Clínico

Do assistido _____

A informação pretendida destina-se a: _____

Entrega ao médico assistente

Companhia de Seguros

Tribunal

Ajudas técnicas (especificar) _____

Junta médica

Outro (especificar) _____

Referente à assistência prestada:

Na consulta externa de _____ em ____/____/____

No Serviço de Internamento no período de ____/____/____ a ____/____/____

Pede deferimento

_____/_____/_____

(assinatura do requerente)

Observações: Caso o requerente não seja o próprio deve anexar documento comprovativo do parentesco.