



Exmo(a) Senhor(a) Director(a) Executivo(a),

Dados de Identificação do Utente

Bilhete de Identidade nº _____,
emitido em ___/___/_____, pelo Arquivo de
Identificação de _____.

E-mail (Facultativo)

Dados de Identificação do Representante Legal

Nome _____,
data de nascimento ___/___/_____, Bilhete de Identidade nº _____, emitido em ___/___/_____,
pelo Arquivo de Identificação de _____, com grau de parentesco _____.

Motivo do Acesso à Informação

Ao abrigo do disposto na Lei n.º 46/2007, de 24 de Agosto, vem, muito respeitosamente, requerer a V. Ex.ª se digne autorizar o acesso a informações clínicas para efeitos de _____

_____.

Informação Solicitada

Consulta	Especialidade	Médico

Exames/Urgência	Data	Tipo



RECIBO

Deu entrada na _____, em ___/___/_____, o requerimento de informação clínica n.º _____

O/a Funcionário/a

Intermediação Médica (opcional)

Por meu interesse, ao abrigo do artigo 7º da Lei 46/2007, indico para efeitos de intermediação, o médico/a
Dr./Dr.ª _____, com a morada:

Código Postal _____ - _____.

FORMA DE ENTREGA Por correio simples Levantamento presencial

Maia, ____ de _____ de 20 ____

O Requerente _____ (assinatura conforme BI)

"Confirmei a identidade do requerente, mediante verificação do BI"

O/a Funcionário/a _____ (nome e n.º mecanográfico)

Despachos:

✂

USAR APENAS NO CASO DE LEVANTAMENTO PRESENCIAL

Recebi em ___/___/___ a informação solicitada correspondente a este Recibo.

Autorizo que _____ possa a levantar a informação solicitada.

O requerente _____ A pessoa autorizada, _____

BI (pessoa autorizada) n.º _____, de _____, Arquivo _____.