



PEDIDO DE ACESSO À INFORMAÇÃO CLÍNICA

Viseu, ____ de _____ de 20__

Exmo. Sr. Coordenador da USF Infante D. Henrique

Eu, (nome do(a) utente) _____
_____, nascido(a) a ____/____/____, residente em _____

com o código postal _____ - _____ (localidade) _____.
C.C. /Bilhete de identidade (riscar o que não interessa) _____,
validade _____, emitido pelo Arquivo de Identificação de
_____, telefone _____, e-mail: _____,
ao abrigo do disposto na lei n. 46/2007 de 24 de agosto, na qualidade de¹
_____, vem muito
respeitosamente, requerer a V. Exa. se digne autorizar o acesso a informações
clínicas, constantes no processo clínico n. _____, com a
finalidade de _____
_____.

Com os melhores cumprimentos,

O Requerente (assinatura conforme BI/CC):

Validação (Reservado aos Serviços de Secretariado Clínico da USF)	
Confirmei a identidade do requerente, mediante verificação do BI <input type="checkbox"/>	O(a) Sec. Clínico(a) _____ (assinatura e n. mec.)

A USF Infante D. Henrique assegura aos seus utentes a confidencialidade dos seus dados de saúde.

¹ Próprio ou terceiro com legitimidade para aceder a documentos nominativos – indicar parentesco ou tipo de representação.