

Requerimento nº _____ / RAI

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

Dados de Identificação do Utente

Nome _____

BI ou CC nº _____, emitido em/válido até ___/___/___ Data de Nascimento ___/___/___

E-mail (facultativo) _____ Telemóvel _____

Dados de Identificação do representante Legal

Nome _____

BI ou CC nº _____, emitido em/válido até ___/___/___ Data de Nascimento ___/___/___

E-mail (facultativo) _____ Telemóvel _____

Grau de Parentesco _____

Motivo do Acesso à Informação

Ao abrigo do disposto na Lei nº46/2007, de 24 de agosto, vem, mui respeitosamente, requerer a Vossa Ex^ª. se digne autorizar o acesso a informações clínicas para efeitos de _____

Informação Solicitada

DOCUMENTO PEDIDO	ÁREA *	PROFISSIONAL

* Escolher entre MGF / URAP / USP / GC (Gabinete do Cidadão) / NACJR / EPVA

✂ _____

USAR APENAS NO CASO DE LEVANTAMENTO PRESENCIAL

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

Autorizo que _____ possa levantar a informação solicitada.

O Requerente _____ A Pessoa Autorizada _____

BI / CC da Pessoa Autorizada nº _____, emitido em / válido até ___/___/___

✂ _____

RECIBO

Deu entrada na _____, em ___/___/___, o requerimento de Informação Clínica nº _____

O/A Funcionário(a) _____

INTERMEDIACÃO MÉDICA (Opcional)

Por meu interesse, ao abrigo do artigo 7º da Lei nº46/2007, indico para efeitos de intermediação, o(a) médico(a)

Dr./Dra. _____, com a seguinte morada

Código Postal _____ - _____

FORMA DE ENTREGA

Por correio simples

Por correio eletrónico

Levantamento presencial

_____, ____ de _____ de 20____

O Requerente _____ (assinatura conforme BI / CC)

“Confirmei a identidade do requerente, mediante verificação do BI / CC

O Funcionário(a) _____ Nº Mecanográfico _____

Despachos: