

## Pedido de Acesso à informação

Exmo.(a) Senhor(a)  
Diretor(a) Executivo (a)  
Do ACeS Oeste Norte

Nome do Requerente \_\_\_\_\_

B.I./CC nº \_\_\_\_\_ Telemóvel nº \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Nome do utente para o qual é pretendida a informação \_\_\_\_\_

Nº SNS (Utente) \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Filho de \_\_\_\_\_

E de \_\_\_\_\_

Portador do B. Identidade ou Cartão do Cidadão nº \_\_\_\_\_

Residente em \_\_\_\_\_

Telefone/Telemóvel nº \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Estando inscrito ou frequentado consulta (s) na USF/UCSP de \_\_\_\_\_

Solicita que lhe seja facultada a informação abaixo identificada, para os seguintes fins:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Relatório Médico

Fotocópia dos Registos Clínicos

Outro Qual \_\_\_\_\_

Pede Deferimento

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
assinatura

