



Data Entrada:

## PEDIDO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Ex.m(a) Sr(a)

Responsável pelo Acesso á  
Informação de Saúde

Despacho:

Nome do utente \_\_\_\_\_

Nome do requerente \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Contacto Telefónico \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

BI/CC/Outro \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_

Nº Utente \_\_\_\_\_ Médico de Família \_\_\_\_\_

Informação Solicitada:

Relatório médico     Registos Clínicos     Outros

Data: \_\_\_\_\_

Motivo do Pedido

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

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do requerente