

**Requerimento nº \_\_\_\_\_**

Exmo (a) Senhor(a)  
Diretor Clínico  
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE

Despacho:

**Dados de Identificação do Utente**

Nº de Utente de Saúde \_\_\_\_\_

Nome Completo \_\_\_\_\_

Data Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ BI/CC nº \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telf \_\_\_\_\_ Telem \_\_\_\_\_

**Dados de Identificação do Representante Legal**

Nome Completo \_\_\_\_\_

Data Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ BI/CC nº \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telf \_\_\_\_\_ Telem \_\_\_\_\_

Na qualidade de \_\_\_\_\_ para efeito de, \_\_\_\_\_  
vem requerer a V. Ex<sup>a</sup> se digne autorizar ao abrigo da Lei nº 26/2016, de 22 de Agosto, acesso à seguinte documentação:

Relatório Clínico/Declaração da especialidade de \_\_\_\_\_

Fotocópia de processo clínico da especialidade de \_\_\_\_\_

Fotocópia do Serviço de Urgência da data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Outros (especificar e indicar datas) \_\_\_\_\_

**Intermediação Médica (opcional)**

Por meu interesse, ao abrigo do artigo 7º da Lei nº 26/2016, de 22 de Agosto, indico para efeitos de intermediação o médico(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ com a morada:

\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Forma de Entrega**

Por correio simples

Levantamento presencial

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

O(A) requerente \_\_\_\_\_  
(assinatura conforme BI/CC com apresentação obrigatória do documento)

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

O/a funcionário/a \_\_\_\_\_ Nº Mec. \_\_\_\_\_