



SÃO JOÃO

Exmo(a). Senhor(a)
Responsável pelo Acesso à Informação

Requisição n.º

Requerente *

Utente

N.º S.N.S.

Data de Nascimento

/ /

Estado Civil

Filho de

e de

Residente em

Telefone

Tendo estado internado(a)

Tendo frequentado a(s) Consulta(s)

Tendo dado entrada no Serviço de Urgência

E necessitando de comprovação de assistência recebida através da documentação abaixo discriminada para fins:

- Relatório Médico
- Fotocópia dos Registos Clínicos
- Exames Analíticos
- Exames Imagiológicos
- Preenchimento do Impresso de Acidente em Serviço (Dº Lei 503/99, de 20/11)
- Outros

* É obrigatória a apresentação do Bilhete de Identidade/ Cartão de Cidadão.

Pede deferimento

Porto, ___ de _____ de ____.

assinatura