

Ex.^{mo(a)}. Sr.^(a)

Director Clínico do
Hospital José Luciano de Castro
da Misericórdia de Anadia

(Nome do Doente) _____

Data Nascimento: ____ / ____ / ____ B.I./C.C. Nº: _____

(Representante legal) _____

Morada: _____

Contacto (telefone/outro): _____

Solicita a V. Ex.^ª:

Relatório Clínico

Fotocópia do Processo Clínico

Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

Os referidos elementos correspondem ao periodo de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

Motivo do Pedido (*preenchimento obrigatório*): _____

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____
(Doente/Representante Legal)

Autorizado por: _____

Data: ____ / ____ / ____

Nota: Junto ao pedido de requisição deve ser anexada fotocópia do B.I./C.C. do doente ou seu representante legal.

ETIQUETA DO
PROCESSO

Elementos fornecidos: _____

O Funcionário: _____ Nº Mec: _____ em ____ / ____ / ____

Confirmação de Recepção de Elementos	
Assinatura: _____	Data: ____ / ____ / ____