

## PEDIDO DE INFORMAÇÃO CLÍNICA

Do próprio  De terceiros

Ao RAI, para parecer  Autorizado. Ao SGU

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Ass. Direção Clínica)

Nome do requerente: \_\_\_\_\_  
residente em \_\_\_\_\_,  
portador(a) do B.I./Cartão do Cidadão n.º \_\_\_\_\_, com o n.º de telem./telf. \_\_\_\_\_  
na qualidade de¹ \_\_\_\_\_.

Vem requerer que lhe seja disponibilizado(a):

- Relatório Médico  Exames Complementares de Diagnóstico (Relatórios e/ou Imagens)  
 Informação Clínica  Certificado de Óbito com causa de morte

Referentes aos episódios decorridos na unidade hospitalar de  HSM  HNSA, no(s) Serviço(s) de \_\_\_\_\_  
no(s) período(s) de \_\_\_\_\_  
relativo(s) ao utente \_\_\_\_\_  
com a data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e o n.º de Processo Clínico \_\_\_\_\_.

A informação solicitada destina-se a:

- Junta Médica/Reforma  Seguradoras  Acompanhamento Médico  Processo Judicial  
 Outros (especificar) \_\_\_\_\_

A informação solicitada deverá ser disponibilizada, preferencialmente, até à data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Na morada acima indicada/ noutra morada: \_\_\_\_\_

Ao Médico Assistente: Dr. (a) \_\_\_\_\_ da Unidade de Saúde \_\_\_\_\_

Levantamento presencial pelo próprio/ outra pessoa a indicar: \_\_\_\_\_  
(riscar o que não interessa)

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

O Requerente:

\_\_\_\_\_  
(Assinatura conforme B.I. ou C.C.)

**Anexar:** Cópia do B.I. ou Cartão de Cidadão, para confrontação da assinatura

¹ Utente (quando seja o próprio a requerer informação); representante legal (indicar parentesco ou tipo de representação), herdeiro legal (caso o utente já tenha falecido), procurador, detentor de autorização escrita do titular do processo clínico ou de comprovado interesse directo, pessoal e legítimo (a especificar).