

PEDIDO DE ACESSO À INFORMAÇÃO

Exmo(a) Senhor(a)
Diretor(a) Executivo(a)
do ACeS Oeste Norte

Nome do Requerente _____

B.I/CC nº _____ Telemóvel nº _____ E-mail _____

Nome do utente para o qual é pretendida a informação _____

Nº SNS (Utente) _____ Data de Nascimento ____/____/____ Estado Civil _____

Filho de _____

E de _____

Portador do B. Identidade ou Cartão do Cidadão nº _____

Residente em _____

Telefone/Telemóvel nº _____

E-mail _____

Estando inscrito ou frequentado consulta (s) na USF/UCSP de _____

Solicita que lhe seja facultada a informação abaixo identificada, para os seguintes fins:

Relatório Médico

Fotocópia dos Registos Clínicos

Outro Qual _____

Pede Deferimento

_____, de _____ de _____

Assinatura