

PEDIDO DE INFORMAÇÃO CLÍNICA PELO PRÓPRIO

(A preencher pelo requerente)

Nome: _____

Residência: _____ Código Postal: _____ - _____

Telefone / Telemóvel N.º _____ E-Mail: _____

Cartão Cidadão/ B.I./Passaporte n.º _____ validade ____/____/____, NIF n.º _____

Vem requerer a V. Exa. se digne autorizar a cedência de:

Relatório Médico Exame Médico Outro _____

ESPECIALIDADE ONDE FOI ASSISTIDO:

Processo N.º _____

Especialidade(s)/Data(s): _____

OBS.: _____

Pede Deferimento

Lisboa, ____ de _____ de _____

(assinatura conforme documento de identificação)

Este pedido obrigatoriamente instruído com:

B.I./Cartão Cidadão/Passaporte do Utente

Recebi a Informação Clínica em: ____/____/____ Ass.: _____

Nos termos do Despacho n.º 8617/2002 publicado em Diário da República II N.º 99 de 29/04/2002 a reprodução em papel e outros tipos de suporte estão sujeitos ao pagamento pela pessoa que o solicitar, do encargo financeiro correspondente ao custo dos materiais usados e do serviço prestado.

A Preencher pela Área de Gestão de Doentes

PROCESSO N.º _____

URG _____

CE _____

HDI _____

INT _____

MCDT _____

Entrada Área de Gestão de Doentes

HSJ HSAC HSM HDE HCC MAC

Data: ____/____/____

N.º ICE: _____

O AT: _____

N.º Mecanográfico: _____

À Consideração do(a) Exmo.(a) Senhor(a) Director(a) da Área/ Responsável de Especialidade:

Dr.(a) _____ para resposta ao solicitado.

A Diretora da Área Gestão de Doentes

Data: ____/____/____

Qualquer informação poderá ser obtida através dos telefones n.ºs 218 841 603/604/605 ou 218 841 554 Fax: 218 841 020

E-mail: sec.gdoentes@chlc.min-saude.pt