



Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar do Porto

Requerimento (modelo 1) nº _____
Despacho:

Nome: _____, data de nascimento ____/____/____,
residente em _____
(código postal) _____ - _____, telefone: _____,
e-mail _____@_____, cartão de cidadão nº _____,
emitido pelo Arquivo de Identificação de _____, ao abrigo do disposto na Lei nº 46/2007, de 24 de Agosto,
na qualidade de _____ para efeitos de _____

vem muito respeitosamente, requerer a V. Exª se digne autorizar o acesso a informações clínicas que é titular ou de
(nome) _____, data de nascimento ____/____/____,
residente em _____
(código postal) _____ - _____, constantes do Processo Clínico nº _____,
na modalidade de acesso em baixo assinalada:

Modalidades de acesso	Referir com precisão as áreas assistenciais, datas e serviços
<input type="checkbox"/> Certidão / Declaração / Relatório clínico (riscar o que não interessa)	
<input type="checkbox"/> Cópia dos registos clínicos	
<input type="checkbox"/> Cópia de exames (_____)	
<input type="checkbox"/> Consulta do Processo Clínico	
Intermediação Médica	
Por meu interesse, ao abrigo do artigo 7º da Lei 46/2007, indico para efeitos de intermediação, o médico _____ _____ cédula profissional _____ endereço profissional _____	
Forma de Entrega	
<input type="checkbox"/> Por correio simples	<input type="checkbox"/> Levantamento presencial

_____, ____ de _____ de _____
O Requerente _____ (assinatura conforme cartão do cidadão)

"Confirmei a identidade do requerente, mediante verificação do CC"

O/a Funcionário/a _____ nº mec: _____

✂-----

Recibo

Deu entrada no Centro Hospitalar do Porto: Unidade de Santo António / CMIN / Unidade Joaquim Urbano
em ____/____/____, o requerimento de informação clínica nº _____

O/a Assistente Técnico/a: _____