

## INFORMAÇÃO CLÍNICA

### Requerimento formulado pelo próprio

Nome \_\_\_\_\_,  
Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Telefone \_\_\_\_\_, E-mail \_\_\_\_\_,  
Morada \_\_\_\_\_,  
Documento de identificação (Bilhete de Identidade / CC / Passaporte / Cartão de residente) n.º \_\_\_\_\_  
Emissão / Validade, \_\_\_\_\_, requer o acesso a informações clínicas  
de que é titular, na modalidade de acesso em baixo assinalada, para fins de \_\_\_\_\_:

Modalidade de acesso	Referir com precisão as áreas assistenciais, datas e serviços
<input type="checkbox"/> Relatório clínico	
<input type="checkbox"/> Fotocópia dos registos clínicos	
<input type="checkbox"/> Cópia de Exames _____	
<input type="checkbox"/> Consulta do Processo Clínico	
<input type="checkbox"/> Outro _____	

Forma de Entrega	
<input type="checkbox"/> Por correio simples <input type="checkbox"/> Por email	<input type="checkbox"/> Levantamento presencial
<input type="checkbox"/> Solicita envio através de médico	<input type="checkbox"/> Não pretende envio através de médico

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

O Requerente: \_\_\_\_\_  
(Assinatura conforme documento de identificação)

**Informação do Médico**

O Médico: \_\_\_\_\_ Cédula Profissional: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Despacho do R.A.I.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**RECIBO**  
Deu entrada no HSMMEPE \_\_\_\_\_, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, o requerimento de informação clínica n.º \_\_\_\_\_

O/a Funcionário/a \_\_\_\_\_