

INFORMAÇÃO CLÍNICA

Requerimento formulado por terceiros

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

Modalidade de acesso

Referir com precisão as áreas assistenciais, datas e serviços

Relatório clínico

Fotocópia dos registos clínicos

Cópia de Exames _____

Consulta do Processo Clínico

Outro _____

Forma de Entrega

Por correio simples

Por E-mail

Levantamento presencial

Solicita envio através de médico

Não pretende envio através de médico

_____, ____ de _____ de 20____

Requerente: _____
(Assinatura conforme Documento de identificação)

O/A Funcionário/a _____, n.º mec. _____ conferiu a identidade do requerente.

Informação do Médico

O Médico: _____ Cédula Profissional: _____ Data: ____/____/____

Despacho do R.A.I.

Data: ____/____/____