

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
<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 E-mail	<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____

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: ____/____/____

Parecer Jurídico
Data: ____/____/____

Despacho do R.A.I.
Data: ____/____/____