

MODELO

ACESSO À INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Unidade Orgânica	<u>Despacho</u>
<input type="checkbox"/> HAL <input type="checkbox"/> Centro de Saúde/UCSP _____	

**À DIRECÇÃO CLÍNICA
UNIDADE LOCAL DE SAUDE
DE CASTELO BRANCO,EPE**

(Nome do requisitante) _____

portador do Bilhete de Identidade / Cartão Cidadão nº. _____

emitido em _____ e na qualidade de (indicar parentesco) _____

do utente _____,

venho solicitar a V. Exa que lhe sejam facultadas fotocópias dos exames e documentos clínicos
juntos ao seu processo, relativos ao episódio de doença verificada em _____

e efetuados no hospital no serviço de /centro de saúde de _____

para efeitos _____.

Castelo Branco em ____/____/____

A Preencher pelo utente titular da informação clínica

Eu _____ com o

nº Bilhete de Identidade /Cartão de Cidadão _____ emitido em

_____ autorizo o Sr(a) _____

a obter informação e fotocópia dos documentos clínicos de que sou titular.

Assinatura do utente _____

A preencher pela Unidade de Saúde

Confirmo os dados do documento de identificação que perante mim,
pelo próprio, me foi apresentado.

O Assistente Técnico _____ nº mec: _____ Data ____/____/____

Pede deferimento

O requerente
