

PEDIDO DE RELATÓRIO CLÍNICO

Exmo. Senhor Diretor Clínico, do Hospital Dr. Francisco Zagalo,

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____

Código Postal: _____

Requer a v. Ex.^a se digne emitir relatório clínico referente ao Processo N.º _____

relativo ao episódio ocorrido em _____ / ____ / ____ no: _____

☐

Internamento - Serviço _____

☐

Consulta Externa - Especialidade _____

☐

Unidade de Cirurgia de Ambulatório - Especialidade _____

Indicar o motivo do pedido da informação de saúde

☐

Processo judicial

☐

Junta médica | Data: ____ / ____ / ____

☐

Seguradora

☐

Conservação clínica pessoal

☐

Consulta médica | Data: ____ / ____ / ____

☐

Outro: _____

Assinatura do requerente: _____

em ____ / ____ / ____

(assinar digitalmente)

Autenticação do emissor do pedido por verificação de documento de identificação (Cartão de Cidadão CC / Bilhete de Identidade BI), por funcionário:

Próprio (CC/BI n.º _____) Outro: (CC/BI n.º _____)

Grau de parentesco: _____ Causa de impossibilidade do próprio: _____

Contacto de aviso: _____

Nota: Esta informação apenas pode ser utilizada para o fim que determinou o acesso (art.º 8, n.º 2, Lei do Acesso aos Documentos Administrativos e art.º 7, n.º 4, lei n.º 26/2016)