



## Pedido de informação de saúde

Nº Requerimento

### Identificação

Nome do Utente \_\_\_\_\_

Nome requerente \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Contacto telefónico \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

BI/CC \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_

Outro \_\_\_\_\_

Nº processo \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_ Especialidade \_\_\_\_\_

Motivo do pedido \_\_\_\_\_  
(preenchimento facultativo no caso de ser o próprio)

### Informação solicitada

Relatório médico	Data	Registos clínicos	Data

  

Resultados de MCDT	Data	Outros	Data

### Por meio de

Fotocópia simples: 0,04 €/fotocópia       CD: 1€/CD       1ª via MCDT internalizados

A 1ª via do resultado de MCDT requisitados pelo ACES não incorre em custos.

Os custos de reprodução são os previstos no Despacho nº 8617/2002, publicado no D.R. nº 99, II Série, de 29 de abril.

O levantamento dos pedidos é efetuado no secretariado de apoio ao RAI, entre as 9h e as 17h, a partir da data em que o requerente for contactado para esse efeito.

ULSM, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do requerente

### Regras de identificação

- Titular da informação de saúde: mediante apresentação do bilhete de identidade/cartão de cidadão ou outro documento de identificação equivalente.
- Representante legal: mediante apresentação de documento comprovativo dessa qualidade e bilhete de identidade/cartão de cidadão ou outro documento de identificação equivalente, assim como identificação do titular da informação de saúde de acordo com a alínea a).
- Terceiros com interesse legítimo: mediante declaração comprovativa de consentimento e identificação do titular da informação de saúde de acordo com a alínea a).

Confirmação da identificação do requerente pelo secretariado

Assinatura \_\_\_\_\_ Nº Mec \_\_\_\_\_

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



Deu entrada na ULSM o pedido de informação de saúde do Utente \_\_\_\_\_,

processo nº \_\_\_\_\_, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

O Secretariado \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Assinatura

Nº Mec

**Intermediação médica (opcional)**

Indica-se para efeitos de intermediação médica o Dr(a) \_\_\_\_\_

Observações


Despacho

--

Recebi em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a informação de saúde solicitada.

O requerente ou pessoa autorizada \_\_\_\_\_

BI/CC nº \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_