

Exmo. Senhor  
Diretor Clínico do  
Hospital do Espírito Santo Évora, EPE

Nome (menor): \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_ Telef.: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

B.I.  C.C.  Céd. Nasc.  Passaporte n.º \_\_\_\_\_, emitido em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tendo recorrido aos Serviços deste Hospital vem requerer a V. Exa. que se digne a facultar-lhe a seguinte informação clínica:

Relatório Clínico  Cópia do Processo Clínico  Outros \_\_\_\_\_

Número de processo no HESE (facultativo): \_\_\_\_\_

**Indicar a Consulta, Urgência ou Internamento do qual pretende a informação:**

Internamento no Serviço de: \_\_\_\_\_ em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Consulta Externa de: \_\_\_\_\_ em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Urgência em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pede Deferimento,

Nome (Pai, Mãe ou Tutor Legal): \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, Localidade: \_\_\_\_\_ Telef.: \_\_\_\_\_

B.I.  C.C.  Tit. Res.  Passaporte n.º \_\_\_\_\_, emitido em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

HESE, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ass: \_\_\_\_\_

**Nos termos do art.º 5º da Lei 46/2007 de 24 de Agosto – Direito de acesso – “Todos, sem necessidade de enunciar qualquer interesse, tem direito de acesso aos documentos administrativos, o qual compreende os direitos de consulta, de reprodução e de informação sobre a sua existência e conteúdo”, salvo as exceções previstas na lei.**