

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

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____ Telef.: _____

Data de nascimento: ____/____/____

B.I. C.C. Tit. Res. Passaporte n.º _____, emitido em: ____/____/____

como (Parentesco/Outro) _____ de: _____

que recorreu aos Serviços deste Hospital conforme abaixo indica, que se digna a facultar-lhe a seguinte informação clínica:

Relatório Clínico Cópia do Processo Clínico Outros _____

Esta informação destina-se a (**razão explícita pela qual quer a informação**):

Nos termos do n.º 5 do art.º 6 da Lei 46/2007 de 24 de Agosto – “ (...) 5 – *Um terceiro só tem direito de acesso a documentos nominativos se estiver munido de autorização escrita da pessoa a quem os dados digam respeito ou demonstrar um interesse directo, pessoal e legítimo suficientemente relevante segundo o princípio da proporcionalidade. (...)*”, **pelo que junta a autorização e as cópias dos documentos de identificação do utente e do requerente.**

Número de processo no HESE (facultativo): _____

Indicar de qual Serviço pretende o relatório:

Internamento no Serviço de: _____ em ____/____/____

Consulta Externa de: _____ em ____/____/____

Urgência em: ____/____/____

Mais declaro que tomei conhecimento que a informação clínica solicitada e acima mencionada apenas pode ser utilizada para os fins declarados neste pedido, de acordo com o nº2 do art.º 8 da Lei 46/2007 de 24 de Agosto.

Pede Deferimento, ____/____/____ Assinatura: _____

Recebi

Em ____/____/____, _____