

Entregue por:
Assinatura e nº mec
Data: ____/____/____

Exmo. Senhor

Diretor Clínico do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE:

Nome do Doente:

Nº IPO:

Nome do Requerente:

Residente em:

Código Postal: /

Localidade:

Telefone:

Outro:

Documento de Identificação:

BI / CC Nº:

Validade:

NIF:

Outro:

Médico assistente no IPO:

---

**Solicita que lhe seja facultado o acesso aos seguintes dados de saúde:**

Resultado (s) de exames:

Outros dados do processo clínico:

---

Por meio de:

Fotocópias simples – 0,05€/fotocópia acrescido de 2€ de custos administrativos.

Fotocópias autenticadas (inclui certidão que autentica fotocópias) – 0,05€/fotocópia acrescido de 2€ de custos administrativos e de 1€/certidão.

Reprodução de exames:

em papel – 0,10€/fotocópia acrescido de 2€ de custos administrativos.

em CD – 2€/CD acrescido de 2€ de custos administrativos.

---

Os dados requeridos são para efeitos de:

Assinatura \_\_\_\_\_

<p><b>Regras de Identificação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• O próprio: mediante apresentação do seu BI/CC ou outro documento de identificação;</li><li>• O representante legal de menor, inabilitado ou incapaz: preenche o impresso nessa qualidade e exhibe o seu BI/CC ou outro documento de identificação;</li><li>• Interessado que não saiba assinar: apõe o dedo e apresenta o seu BI/CC ou outro documento de identificação;</li><li>• Pedido de terceiro (outro que não o doente): apresenta autorização escrita comprovativa da qualidade de terceiro e preenche o impresso subscrito pelo doente, caso este não possa deslocar-se.</li></ul>	<p>Confirmei a identificação do requerente.</p> <hr/> <p>Assinatura e n.º mec.</p> <p>Data: ____/____/____</p>
--	--