

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 passado Relatório Médico para efeitos de:

O Relatório Médico deverá ser enviado para:

Médico de Família: Dr. (a)

Centro de Saúde:

Morada do Doente: (Se diferente da morada que consta da ficha do utente, indicar)

Residente em:

Código Postal: /

Localidade:

Assinatura _____

<p>Regras de Identificação:</p> <ul style="list-style-type: none">• O próprio: mediante apresentação do seu BI/CC ou outro documento de identificação;• O representante legal de menor, inabilitado ou incapaz: preenche o impresso nessa qualidade e exhibe o seu BI/CC ou outro documento de identificação;• Interessado que não saiba assinar: apõe o dedo e apresenta o seu BI/CC ou outro documento de identificação;• 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.	<p>Confirmei a identificação do requerente.</p> <hr/> <p>Assinatura e n.º mec.</p> <p>Data: ____/____/____</p>
--	--