

PEDIDO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Exmo(a). Senhor(a) Responsável pelo Acesso à Informação

Nome do Utente: _____

Nome do Requerente* _____

Nº Cartão de Cidadão/ Bilhete de Identidade: _____

Nº S.N.S. _____

Data de Nascimento: _____

Estado Civil: _____

Morada: _____

Necessita de comprovação da assistência recebida, através da documentação abaixo indicada para os seguintes fins:

- Relatório Médico
- Fotocópia dos Registos Clínicos
- Exames
- Outros _____

** É obrigatória a apresentação do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão*

Pede Deferimento

Coimbra, ____ de _____ de _____

(assinatura)

Despacho: _____