

Pedido de Informação de Saúde

Identificação

Nome do utente _____

Nome do Requerente _____

Morada _____

Contacto telefónico _____ E-mail _____

BI/CC _____ Validade _____

Outro Documento _____

Unidade de Saúde _____ N.º Utente _____ Médico _____

Motivo do pedido _____

(preenchimento facultativo no caso de ser o próprio)

Informação solicitada

- Relatório Médico
- Registos Clínicos
- Resultados de MCDT
- Outros

Por meio de

- Fotocópia simples: 0,04 €/fotocópia

Os custos de reprodução são os previstos no Despacho n.º 8617/2002, publicado no D.R. n.º 99. II Série, de 29 de Abril.

O levantamento dos pedidos é efectuado no secretariado de apoio ao RAI, entre as 9:00h e as 17:00h, a partir da data em que o requerente for contactado para o efeito.

ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, ____ de _____ de 201__

Assinatura do requerente

Regras de Identificação:

- a) Titular da informação de saúde: mediante apresentação do BI/CC ou outro documento de identificação equivalente.
- b) Representante legal: mediante apresentação de documento comprovativo dessa qualidade e BI/CC ou outro documento de identificação equivalente, assim como identificação do titular da informação de saúde de acordo com a alínea a).
- c) Terceiros com interesse legítimo: mediante declaração comprovativa de consentimento e identificação do titular da informação de saúde de acordo com a alínea a).

Confirmação da identificação do requerente pelo secretariado da Unidade Funcional de Saúde

Assinatura _____ - N.º Mec. _____

Data ____ / ____ / ____



Deu entrada na Direção do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras o pedido de informação de saúde do Utente

em ____ / ____ / ____ O Secretariado _____ - _____

Assinatura

N.º Mec.

Intermediação médica (opcional)

Indica-se para efeitos de intermediação médica o (a) Dr. (a) _____

Observações:

Despacho

Recebi em ____ / ____ / ____ a informação de saúde solicitada.

O requerente ou pessoa autorizada _____

BI/CC n.º _____ Assinatura _____