



## Pedido de Acesso a Informação Clínica Declaração de não oposição de menor

---

N.º Registo: \_\_\_\_\_

AO RESPONSÁVEL PELO ACESSO À INFORMAÇÃO CLÍNICA (RAI) DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE (ULS) DO ESTUÁRIO DO TEJO, E.P.E.,

\_\_\_\_\_ (NOME DO MENOR), DATA  
DE NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, RESIDENTE EM \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ (TELEFONE /TELEMÓVEL), PORTADOR DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO N.º  
\_\_\_\_\_, VALIDO ATÉ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, TENDO SIDO ESCLARECIDO(A) DA INFORMAÇÃO CLÍNICA QUE ESTÁ A  
SER SOLICITADA EM MEU NOME, BEM COMO, DOS FINS A QUE A MESMA SE DESTINA, DECLARO **NÃO ME OPOR** QUE ESTA  
SEJA FORNECIDA A \_\_\_\_\_, NA QUALIDADE DE MEU/MINHA LEGAL  
REPRESENTANTE, \_\_\_\_\_ (NOME), NUM DE IDENTIFICAÇÃO  
\_\_\_\_\_, VALIDO ATÉ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA DO MENOR (CONFORME CC)