

Requerimento em nome próprio

Pág. 1 / 2

N.º Registo: _____

AO RESPONSÁVEL PELO ACESSO À INFORMAÇÃO CLÍNICA (RAI) DO HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA

(NOME),
RESIDENTE EM _____
(MORADA), _____ - _____ (CÓDIGO POSTAL), _____ (LOCALIDADE),
_____ (TELEFONE /TELEMÓVEL), COM DATA DE NASCIMENTO DE ___ / ___ / _____, PORTADOR
DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO N.º _____, TENDO RECORRIDO AOS SERVIÇOS
DESTE HOSPITAL, VEM REQUERER A V/ EXA. QUE SE DIGNE A FORNECER A SEGUINTE INFORMAÇÃO CLÍNICA:

- Cópia do Processo Clínico
- Relatório Clínico (**NOTA:** caso selecione este ponto, preencha no campo A) abaixo, a consulta ou episódio a que se refere)
- Exame com Relatório
- Exame sem Relatório (Raio-X)
- Relatório Anatomopatológico referente à análise _____
- Blocos de parafina referentes à análise _____
- Lâminas referentes à análise _____
- Outros: _____

INDICAR A(S) CONSULTA(S) OU O(S) EPISÓDIO(S) DE INTERNAMENTO RELATIVO AO(S) QUAL(S) PRETENDE A INFORMAÇÃO:

Serviço de Urgência em: ___ / ___ / _____

Consulta de: _____ a ___ / ___ / _____

Consulta de: _____ a ___ / ___ / _____

Serviço de Internamento de: _____ a ___ / ___ / _____

Serviço de Internamento de: _____ a ___ / ___ / _____

RAZÃO DO PEDIDO:

- MÉDICO ASSISTENTE
- Assistente Social
- Escola
- Tribunal
- Embaixada/SEF
- Companhia de Seguros

Outros _____

Requerimento em nome próprio

Quando possível, em alternativa ao fornecimento da informação solicitada em suporte físico (papel), solicito o envio da mesma para o endereço de correio eletrónico _____@_____.

Autorizo que a informação clínica solicitada seja levantada por Terceiro (conforme IMP.ADM.011 Pedido de Acesso a Informação Clínica - Autorização de Acesso a Terceiros, em anexo ao presente requerimento).

PEDE DEFERIMENTO,

VILA FRANCA DE XIRA, ___ / ___ / _____

ASSINATURA: