

Pedido de Acesso a Informação Clínica Requerimento em Representação de Menores

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

_____ (NOME PAI / MÃE / REPRESENTANTE LEGAL), RESIDENTE EM _____

(MORADA), RESIDENTE EM _____,

_____ (TELEFONE /TELEMÓVEL), PORTADOR DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO N.º

_____, REPRESENTANTE LEGAL DO MENOR

_____, NASCIDO EM ___ / ___ / _____, PORTADOR DO

CC N.º _____, QUE RECORREU AOS SERVIÇOS DESTA ULS, VEM, EM REPRESENTAÇÃO

DO MESMO, REQUERER A V/ EXA. QUE SE DIGNE ENVIAR-LHE 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
- Outros: _____

A) INDICAR O(S) EPISODIO(S) RELATIVO(S) AO(S) QUAL(S) PRETENDE A INFORMAÇÃO:

Serviço de Urgência: _____ a: ___ / ___ / _____

Consulta de: _____ a ___ / ___ / _____

Consulta de: _____ a ___ / ___ / _____

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

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

PARA:

- Médico Assistente
- Assistente Social
- Escola
- Tribunal
- Embaixada / SEF
- Companhia de Seguros
- Outros: _____

PEDE DEFERIMENTO, _____, ___ / ___ / _____

ASSINATURA: