

Requerimento em representação de
menores

Pág. 1 / 2

N.º Registo: _____

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

(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 DA
CÉDULA DE NASCIMENTO/CC N.º _____, QUE RECORREU AOS SERVIÇOS DESTE
HOSPITAL, 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 com Relatório
- Exame sem Relatório (Raio-X)
- Relatório Anatomopatológico referente à análise _____
- Blocos de parafina referentes à análise _____
- Lâminas referentes à análise _____
- Outros: _____

A) INDICAR A(S) CONSULTA(S) OU O(S) EPISÓDIO(S) DE INTERNAMENTO RELATIVO 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, VILA FRANCA DE XIRA, ___ / ___ / _____

**Requerimento em representação de
menores**

ASSINATURA: