



Requerimento nº _____

Exmo(a) Senhor(a)
Diretor(a) Clínico(a)
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE

Despacho:

Dados de Identificação do Utente

Nº do Processo Clínico do Utente _____ Nº de Utente de Saúde _____

Nome Completo _____

Data Nascimento ____/____/____ BI/CC nº _____ Validade ____/____/____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ Telf _____ Telm _____

Dados de Identificação do Representante Legal

Nome Completo _____

Data Nascimento ____/____/____ BI/CC nº _____ Validade ____/____/____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ Telf _____ Telm _____

Na qualidade de _____ para efeito de, _____ vem requerer a
V. Ex^a se digne autorizar ao abrigo da Lei nº 26/2016, de 22 de Agosto, acesso à seguinte documentação:

- ☐ Relatório Clínico/Declaração da especialidade de _____
- ☐ Fotocópia de processo clínico da especialidade de _____
- ☐ Fotocópia do Serviço de Urgência da data de ____/____/____
- ☐ Radiografia ____/____/____ ☐ TAC ____/____/____
- ☐ Ressonância Magnética ____/____/____ ☐ Ecografia ____/____/____
- ☐ Outros (especificar e indicar datas) _____

Intermediação Médica (opcional)

Por meu interesse, ao abrigo do artigo 7º da Lei nº 26/2016, de 22 de Agosto, indico para efeitos de intermediação o médico(a) Dr.(a) _____ com a morada: _____
Código Postal _____ - _____

Forma de Entrega

- ☐ Por correio simples ☐ Levantamento presencial

_____, ____ de _____ de 20____

O(A) requerente _____
(assinatura conforme BI/CC com apresentação obrigatória do documento)

"Confirmei a identidade do requerente, mediante verificação do BI/CC"

O/a funcionário/a _____ Nº Mec. _____