



REQUERIMENTO ACESSO INFORMAÇÃO CLÍNICA

UO

UCCI

Identificação do utente:

Nome _____

Data de Nascimento ___/___/___ SNS: _____

Solicitação de:

 Utente Pais, Representante, Acompanhante Outro _____

Para efeitos de:

Eu abaixo assinado, _____ (nome completo),
titular do documento de identificação nº _____, residente em _____
_____, solicito a seguinte documentação:

Declaração / Relatório Processo Clínico: Consulta Cópia

Outra informação: _____

Barcelos, _____, _____, _____

(Assinatura do Requisitante)

Autorizado

Data ___/___/___

(Diretor Clínico)

Entregue

Data ___/___/___

(Assinatura de quem entrega)

Não Autorizado

Data ___/___/___

Motivo: _____

(Diretor Clínico)