



Pedido de Relatório Médico
(feito por terceiro, com consentimento do utente)

IMP SC 008

Edição: 01

Revisão: 02

REGISTO DE ENTRADA

Espaço reservado para o carimbo da instituição

Exmo. (a) Senhor(a)
Diretor(a) clínico (a) da Unidade de Saúde da Ilha do Faial

Assunto: Pedido de Relatório Médico

_____ residente em _____
vem por este meio requerer a V. Ex.^a um RELATÓRIO MÉDICO relativo ao processo clínico n.º _____
de _____, morada _____ código postal _____,
com o número de utente _____ **de quem anexa declaração de consentimento.**

O relatório pretendido destina-se à seguinte finalidade:

Indicar:

Nome do Médico de Família: _____

Data: ____ de _____ de _____

X

(assinatura do REQUERENTE, igual à do cartão de cidadão, que deve ser apresentado para confrontação)¹

A preencher pela USIFaial

Conferi a identificação do REQUERENTE através do CC n.º _____ válido até _____, bem como a identificação do utente que prestou consentimento através de cópia do CC n.º _____ válido até _____.

O Administrativo(a): _____ Data: ____/____/____

¹ Se o REQUERENTE não souber assinar, é aceitável a aposição presencial de impressão digital no requerimento e a apresentação do cartão de cidadão onde esteja mencionado que “Não sabe assinar”.