

**Pedido de Relatório Médico**  
**(feito por representante legal, no caso de menores ou incapacitados)**

IMP SC 009

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.<sup>a</sup> um RELATÓRIO MÉDICO relativo ao processo clínico n.º \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_, utente número \_\_\_\_\_ por quem é legalmente  
responsável na qualidade de \_\_\_\_\_.

O relatório pretendido destina-se à seguinte finalidade:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Indicar:**

**Nome do Médico de Família:** \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

X .....

(assinatura do REPRESENTANTE LEGAL, igual à do cartão de cidadão, que deve ser apresentado para confrontação)<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_ **A preencher pela USIFaial** \_\_\_\_\_

Conferi a identificação do REPRESENTANTE LEGAL ATRAVÉS do CC n.º \_\_\_\_\_ válido até \_\_\_\_\_

O Administrativo(a): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<sup>1</sup> Se o REPRESENTANTE LEGAL 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”.