

**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**

Nome: \_\_\_\_\_ Beneficiário(a) n.º \_\_\_\_\_,  
Cartão de Utente n.º \_\_\_\_\_ residente na rua \_\_\_\_\_,  
n.º \_\_\_\_\_, Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_, telefone n.º \_\_\_\_\_,  
pretendo que não me seja atribuído médico de família ou continuar sem médico de família por opção,  
tendo sido informado(a) das consequências desta decisão, nomeadamente só ter acesso a consultas  
por doença (aguda).

**A preencher pelo Assistente Técnico do Secretariado Clínico**

Confirmei a recusa do utente com o NNU \_\_\_\_\_ a lhe ser atribuído médico de família e  
informei das limitações de acesso a cuidados médicos decorrentes da sua opção.

O Assistente Técnico \_\_\_\_\_ N.º Mecanográfico \_\_\_\_\_

Horta, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Assinatura legível<sup>(a)</sup>)

<sup>(a)</sup> Se o requerente não souber assinar, é aceitável a oposição presencial de impressão digital no requerimento e a apresentação do cartão de cidadão onde esteja mencionado que “não sabe assinar”