

1	DADOS DO(A) UTENTE		
NOME: _____			
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____			
MORADA:			
CÓDIGO POSTAL: _____ LOCALIDADE: _____			
TELEFONE: _____ TELEMOVEL: _____			
CORREIO ELETRÓNICO: _____			
Nº NACIONAL DE UTENTE		Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
		Nº. _____ validade: ____/____/____	
2	PEDIDO:		
Por mudança de residência para a Ilha do Faial (Açores), solicito a transferência do processo clínico relativos à minha pessoa e aos meus dependentes para efeitos de inscrição na Unidade de Saúde da Ilha do Faial			
TRANSFERÊNCIA RELATIVOS À MINHA PESSOA E DOS FAMILIARES/DEPENDENTES:			
Ficha Individual de Vacinação	<input type="checkbox"/>	Processo Clínico em papel	<input type="checkbox"/>
		Relatório relativo a informação de saúde relevante constante no processo clínico eletrónico	<input type="checkbox"/>
FAMILIARES/DEPENDENTES:			
	Nome	Data de Nascimento	Nº De Utente
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
3	DADOS PARA EFEITOS DE RESPOSTA		
Agradece-se que a informação solicitada seja enviada para:			
O(a) Diretor(a) Clínico(a)			
Unidade de Saúde da Ilha do Faial			
Vista Alegre			
9900-853 Horta			
4	INFORMAÇÕES RELATIVAS À UNIDADE DE SAÚDE ONDE ESTAVA ANTERIORMENTE INSCRITO:		
Designação da Unidade de Saúde:			
Extensão:	_____	Nome do Médico de Família	_____
Morada:	_____	Código Postal	_____
Localidade	_____		
5	LUGAR, DATA E ASSINATURA		
A informação que declaro neste requerimento são verdadeiras, assumo a responsabilidade devido a omissão ou falsas informações.			
Horta, a ____ de _____ de 20__			
Assinatura: _____			
(Assinatura do solicitante igual à do documento de identificação)			