

4. Pedido e Contexto

Tendo estado internado(a) *Indique a especialidade e data do episódio*

Tendo frequentado a(s) consulta(s) *Indique a especialidade e nome do médico pelo qual foi acompanhado*

Tendo dado entrada no Serviço de Urgência *Indique a data do episódio*

Tipo de Informação Requerida *(Indique as respetivas datas)*

Relatório Médico

Emissão de atestado médico de incapacidade multiuso para os doentes oncológicos (AMIM)

Cópia de Exames Imagiológicos ¹

Cópia de Exames Analíticos ¹

Fotocópia de Registos Clínicos ¹

Certificado de Óbito

Preenchimento de Impressos (*Acidente em Serviço* (Decreto Lei n.º 503/1999, de 20 de novembro); **Outros**)

Outros. Especifique _____

¹ Poderá implicar custos de produção

De que forma pretende que lhe seja entregue a informação solicitada?

Em mão

Via postal

Via email

Documentos de suporte em anexo:

Sim

Não

Nota 1: Se o presente pedido for remetido eletronicamente ou faz assinatura digital qualificada; ou posteriormente vem ao Centro Hospitalar do Médio Ave exibir o seu documento de identificação pessoal; ou no âmbito do seu espaço de liberdade e como manifestação expressa do seu consentimento envia cópia do referido documento, neste caso, concluído o processo ser--lhe-á devolvida ou eliminada a cópia do documento de identificação pessoal, conforme as indicações que dê.

Nota 2: Se o presente pedido for entregue presencialmente, assina e exhibe o documento de identificação a quem recebe o pedido.

Pede deferimento, nos termos da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto

____ de

de _____

Assinatura conforme Bi/CC

5. Validação da Identidade do Utente/ Requerente *Preenchimento pelo funcionário que recebe o pedido*

Identidade(s) validada(s): Sim Não

Documento(s) de identificação pessoal validado(s): Cartão de Cidadão Bilhete de Identidade Carta de Condução Passaporte

Nome do Funcionário: _____ N.º Mecanográfico: _____

Data de Validação: _____ / _____ / _____

Em caso de dúvida no preenchimento contacte o Secretariado de Acesso à Informação através do telefone 252 300 800 – Extensão 8154



USAR APENAS NO CASO DE LEVANTAMENTO PRESENCIAL

Recebi a _____ / _____ / _____ a informação solicitada correspondente a este recibo.

Autorizo que _____
possa levantar a informação solicitada.

O Requerente

A pessoa Autorizada

CC/BI: _____