

## PEDIDO DE INFORMAÇÃO CLÍNICA

Beneficiário Titular Nº \_\_\_\_\_

**DADOS BENEFICIÁRIO TITULAR**

Nome completo (igual ao B.I./C.C. e sem abreviaturas)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefone da residência \_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Bilhete de Identidade / Cartão de cidadão \_\_\_\_\_

**Vem requerer que lhe seja disponibilizado(a) ao abrigo do disposto na Lei nº 46/2007, de 24 de agosto, na qualidade de titular e/ou representante, a seguinte informação clínica:**

Relatório Médico

Exames Complementares de Diagnóstico (Relatórios e/ou Imagens)

Informação Clínica

Outros \_\_\_\_\_

Referente aos seguintes Beneficiários:

Nome

\_\_\_\_\_

Benef. Nº \_\_\_\_\_

Nome

\_\_\_\_\_

Benef. Nº \_\_\_\_\_

Nome

\_\_\_\_\_

Benef. Nº \_\_\_\_\_

Especialidade(s) Clínica(s)

\_\_\_\_\_

**Nome do Médico Assistente (SAMS SBN)**

Dr.(a) \_\_\_\_\_

Autorizo o SAMS SBN a disponibilizar esta informação:

Correio Simples

Correio Eletrónico

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Levantamento presencial

Beneficiário Titular \_\_\_\_\_  
Assinatura conforme B.I. /C.C.

O Beneficiário \_\_\_\_\_  
Assinatura conforme B.I. /C.C.

O Beneficiário \_\_\_\_\_  
Assinatura conforme B.I. /C.C.

Nota: o pedido tem de ser assinado pelos Beneficiários a quem se destina a informação.  
Caso o Beneficiário seja menor, deverá ser assinado pelo Beneficiário Titular.

**Autorizado**

Diretor Clínico/RAI \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### USAR APENAS NO CASO DE LEVANTAMENTO PRESENCIAL

Recebi em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a informação solicitada correspondente a este Pedido.

Autorizo que \_\_\_\_\_ possa levantar a informação solicitada.

**O Requerente**

**A pessoa autorizada** \_\_\_\_\_

B.I./C.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Arquivo \_\_\_\_\_