



Requerimento de Relatório Clínico de Menor

Exmo(ª) Sr.(ª) Dr.(ª) _____

Nome: _____, Pai, Mãe ou Tutor Legal
(riscar o que não interessa) do menor: _____,
com a Data de Nascimento: ___/___/___, Nacionalidade _____, portador do B.I. / C.C. /
Passaporte n.º _____, que recorreu aos Serviços da Consulped, vem requerer a V. Exa. que se
digne a ceder-lhe a seguinte informação clínica: Relatório Clínico / Cópia do Processo Clínico /
Outros _____

Para (opcional): Médico Assistente Escola Tribunal Companhia Seguros Outros _____

Indicar a Consulta da qual pretende a informação:

Consulta de: _____ em ___/___/___

Consulta de: _____ em ___/___/___

Consulta de: _____ em ___/___/___

Pede Deferimento,

Nome (Pai, Mãe ou Tutor Legal): _____,
Morada: _____
Código Postal: _____ - _____, Localidade: _____ Telef.: _____
Telm.: _____, portador do B.I. / C.C. / Tit. Res. / Passaporte n.º _____.

Este requerimento deve ser acompanhado do bilhete de identidade ou cartão do cidadão do menor e da mãe/pai/tutor legal que assina o requerimento.

Caso a opção de entrega do presente requerimento à Consulped não seja presencial mas sim via correio normal ou email, **declaro consentir** no envio de reprodução dos bilhetes de identidade ou cartões do cidadão em fotocópia, à Consulped, conforme o nº2 do art. 5º da Lei nº7/2007 de 5 de fevereiro.

_____, ___/___/___

Assinatura (igual à do B.I. / C.C.): _____

Nos termos do art.º 5º da Lei n.º 26/2016 de 22 de agosto – Direito de acesso – “Todos, sem necessidade de enunciar qualquer interesse, têm direito de acesso aos documentos administrativos, o qual compreende os direitos de consulta, de reprodução e de informação sobre a sua existência e conteúdo”, salvo as exceções previstas na lei.