



Requerimento de Relatório Clínico do Próprio

Exmo(ª) Sr.(ª) Dr.(ª) _____

Nome: _____ ,
Data de Nascimento: ____/____/____, Nacionalidade _____,
portador do B.I. / C.C. / Passaporte n.º _____,
tendo recorrido 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): _____

Indicar a Consulta da qual pretende a informação:

Consulta de: _____ em ____/____/____

Consulta de: _____ em ____/____/____

Consulta de: _____ em ____/____/____

Pede Deferimento,

Nome: _____ ,
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 próprio.

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 do cartão 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.