

## Pedido de Acesso a Informação Clínica

### Autorização de Acesso a Terceiros

---

AO RESPONSÁVEL PELO ACESSO À INFORMAÇÃO CLÍNICA (RAI) DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE (ULS) DO ESTUÁRIO DO TEJO, E.P.E.,

Eu, \_\_\_\_\_ (NOME),

RESIDENTE EM \_\_\_\_\_ (MORADA),

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (CÓDIGO POSTAL), \_\_\_\_\_ (LOCALIDADE),

\_\_\_\_\_ (CONTACTO), COM DATA DE NASCIMENTO EM \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, PORTADOR DO

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO N.º \_\_\_\_\_, AUTORIZO

\_\_\_\_\_ (NOME),

PORTADOR DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO N.º \_\_\_\_\_, A SOLICITAR E/OU

RECOLHER A INFORMAÇÃO CLÍNICA REQUERIDA POR MIM EM \_\_\_\_\_ (DATA) AO GABINETE

DE ACESSO À INFORMAÇÃO CLÍNICA/UNIDADES DE SAÚDE DA REFERIDA ULS.

EM ANEXO, JUNTO O MEU DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

PEDE DEFERIMENTO,

\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**ASSINATURA CONFORME O DOCUMENTO DE  
IDENTIFICAÇÃO:**