

# PEDIDO DE INFORMAÇÃO CLÍNICA

## Plano de Vacinação COVID-19

Beneficiário Titular Nº

DADOS BENEFICIÁRIO TITULAR

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

  


Telefone da residência

Telemóvel

E-mail

NIF

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 

Nome do Médico Assistente (SAMS/SBN)

Dr.(\*)

Autorizo o SAMS/SBN a disponibilizar esta informação:

Correio Simplex

Correio Eletrónico

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

Levantamento presencial

Beneficiário Titular

Assinatura conforme B.I. /C.C.

Beneficiário

Assinatura conforme B.I. /C.C.

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