



Pedido Documental do Processo Clínico Único

Data: ___/___/___ Hora ___/___

Serviço: _____

Rececionado Por

Nº _____

Vinheta do Utente

Solicitação de: (quem solicita)

Utente Pais, Tutores ou Representantes legais Outros

Para efeitos de (para que solicita)

Eu abaixo assinado, _____, nascido em ___/___/___, residente em _____, portador do BI/CC nº _____, venho por este meio solicitar: (o que solicita)

- Processo Clínico: Consulta Cópia de _____

- Exames Complementares de Diagnóstico:

Análises Clínicas

MCDT _____

Outros: _____

- Declaração / Relatório _____

- Outro _____

Riba de Ave, ___ de ___ de 20___

(assinatura do requisitante)

Autorizado: ___/___/___

Entregue ___/___/___

Recebido ___/___/___

(RAI/AD/DT)

(Administrativo)

(Requisitante)

Não Autorizado: ___/___/___

Fundamentação: