

Requerimento de Relatório Médico

Unidade de: Penafiel

Amarante

Ex.mo Senhor
Diretor Clínico do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE

Informação do Departamento:

Data ____/____/____

Nome: _____, data de nascimento ____/____/____

Residente em lugar/rua _____, localidade _____

Código postal _____ - _____, telefone _____, e-mail _____

Portador do BI/CC nº _____ filho de _____ e de _____

vem, muito respeitosamente, solicitar a V^a Ex^a se digne mandar passar Relatório Clínico da assistência prestada a **(assinalar)** -
(Requerente), (Filho menor), (Por incapacidade física - Pai, Mãe, Cônjuge)

Nome _____ DN ____/____/____ BI/CC _____

Nº do Processo : _____ relativa a : _____

Internamento	Médico	Urgência	Data	Consulta	Médico

Fins a que se destina o pedido:

- Informar o Médico Assistente: Dr. (ª) _____
- Elaborar Relatório para Aposentação/ Reforma pelo Dr. (ª) _____
- Elaborar Relatório para Junta Médica de _____
- Apresentar em Tribunal para _____
- Para Advogado para _____
- Apresentar em Companhia de Seguros para _____
- _____

SAD- RELATÓRIOS
DATA ENTRADA

____/____/____

Recebido e Confirmado por:

____/____/____

Pede deferimento,

____/____/____, _____

(Assinatura Conforme, BI/CC)