

SOLICITAÇÃO PARA ATENDIMENTO DE UTENTES MENORES

Responsável pelo pedido:

Nome: _____

Parentesco: _____

Nome do(a) menor: _____

Nascido(a) em: ____/____/____ **N.º Utente do HFAR** _____

Subsistema de Saúde? (ADM-SAD-ADMG-SNS) _____ **N.º** _____

Vem por este meio solicitar permissão para o menor ser atendido neste HFAR em:

Motivo da consulta _____

Contacto telefónico: _____

Assinatura: _____

Data ____/____/____

Parecer do(a) Chefe de Serviço:

Em, ____/____/____

O(A) Chefe do Serviço

Despacho do(a) Diretor(a) Clínico(a) Adjunto(a)

(1) _____

Em, ____/____/____

O(A) Diretor(a) Clínico(a) Adjunto(a)

(1) Autorizado ou Não Autorizado