



## PEDIDO DE SEGUNDA OPINIÃO SOBRE SITUAÇÃO DE SAÚDE / MUDANÇA DE MÉDICO

Exmo. Senhor Diretor do Serviço de \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, residente em \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(localidade) (código postal)

Telefone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade N° \_\_\_\_\_

### Solicito o pedido de:

A. UMA SEGUNDA OPINIÃO SOBRE O MEU ESTADO DE SAÚDE POR UM MÉDICO DO CHULN

B. MUDANÇA DE MÉDICO RESPONSÁVEL PELA MINHA SITUAÇÃO CLÍNICA

O requerente \_\_\_\_\_  
(assinatura conforme Cartão Cidadão ou Bilhete de Identidade)

### A preencher pelo Secretariado

Confirmei a identidade de requerente, mediante verificação do CC ou BI.  O/a secretária de Serviço _____	Entregue ao Diretor / Coordenador de Serviço:  Dr. (a) _____  Data: ____ / ____ / ____
Prazo máximo de resposta: ____ / ____ / ____	
Despacho: _____  Data: ____ / ____ / ____	

**DEPARTAMENTO DE CIRURGIA**  
Diretor: Prof. Dr. João Coutinho

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 070 – Fax: 217 805 551  
[www.chln.pt](http://www.chln.pt)



**UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO**  
Responsável: Dr.ª Jelena Pajic Cassiano Neves

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215  
[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

IMP.009.00.UCA