



ESTADO MAIOR GENERAL DAS FORÇAS ARMADAS
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS

REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA SER ASSISTIDO NO HFAR
EXMO(A) SR(A) DIRETOR(A) CLÍNICO(A) ADJUNTO(A) DO HFAR

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código postal: _____

Contactos: Telemóvel: _____

Email: _____

N.º CC/BI (ou outro documento identificativo) _____ Validade: _____

Número Identificação Fiscal (Obrigatório) _____ **Nº Utente:** _____

Beneficiário(a) de (Subsistema) _____

Vem por este meio solicitar a VExa autorização para efectuar :

Data ____/____/____

O Requerente

Informação do Chefe de Serviço:

Em, ____/____/____

O Chefe do Serviço

DESPACHO

Em, ____/____/____

Custos a suportar _____ de acordo com a tabela da ADSE em vigor.

O(A) Diretor(a) Clínico(a) Adjunto(a) do HFAR
