



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL  
ESTADO MAIOR GENERAL DAS FORÇAS ARMADAS  
**HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS**

**SOLICITAÇÃO PARA ATENDIMENTO DE UTENTES MENORES**

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

Parentesco: \_\_\_\_\_

**Nome do(a) menor:** \_\_\_\_\_

**Nascido(a) em:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **N.º Utente do HFAR** \_\_\_\_\_

**Sistema de Saúde / Número:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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