



HOSPITAL  
VARGINHA

## Solicitação de Cópia de Prontuário

### Período de internação:

**ATENÇÃO:** esta solicitação deverá ser preenchida pelo próprio paciente ou pelos representantes legais de pessoas que não têm aptidão para praticar pessoalmente atos da vida civil (por exemplo, menores de idade) e encaminhada à comissão de prontuário, que avaliará a legalidade da solicitação.

Para informações ligue: (35)3219-6884

### PARTE 1) Instrução e informações legais (leia com atenção!):

Conforme recomendações do Conselho Federal de Medicinas, as cópias do prontuário só podem ser entregues com a autorização do paciente ou de seu representante legal, por meio da apresentação da ficha de solicitação de documentos. Além do requerimento, deverão estar anexadas as seguintes documentações:

- 1 - Cópia da carteira de identidade do paciente;
- 2 - Cópia da certidão de nascimento (quando o paciente é menor de idade) ;
- 3 - Cópia da certidão de casamento ou carteira de identidade com o número da certidão de casamento (caso o solicitante seja cônjuge do paciente)

**Em caso de óbito, o familiar terá o direito de receber o prontuário com as devidas comprovações:**

- 1 - Pais: cópia da identidade do paciente, cópia da identidade do requerente e cópia da certidão de óbito
- 2 - Filhos: cópia da identidade do paciente, cópia da identidade do requerente e cópia da certidão de óbito
- 3 - Cônjuge: cópia da identidade do paciente, cópia da certidão de casamento e cópia da certidão de óbito
- 4 - Demais familiares: cópia da identidade do paciente, cópia da identidade do requerente e cópia da certidão de óbito
- 5 - Procuradores: cópia da identidade do paciente, cópia da identidade do requerente e procuração

### PARTE 2) PACIENTE VIVO E CAPAZ:

Nome completo do paciente:

Nº do RG do paciente:

Telefone de contato:

E-mail:

Endereço completo do paciente:

  

Detalhes do prontuário solicitado (especificar se é de internação ou de pronto socorro, que período, etc.):

  

Motivo da solicitação:

  

Nome completo da pessoa autorizada a retirar a cópia:

  

Nº do RG e telefone da pessoa autorizada a retirar a cópia:

 /  / 

Data da Solicitação

Assinatura do paciente

### PARTE 3) PACIENTE VIVO E INCAPAZ OU MENOR:

Nome completo do representante legal:

Nº do RG do paciente:

 | 

Telefone de contato:

Endereço completo do representante legal:

  

Nome Completo do paciente:

Detalhes do prontuário solicitado (especificar se é de internação ou de pronto socorro, que período, etc.):

  

Motivo da solicitação:

  

Obs.: Anexar certidão de nascimento ou procuração caso seja incapaz.

/ /  
Data da Solicitação

Assinatura do representante legal

**PARTE 4) PACIENTE FALECIDO (ANEXAR CÓPIA CERTIDÃO DE ÓBITO)**

Nome do Paciente:

Nome do Requisitante:

R.G.:

 / 

Grau de Parentesco (anexar Comprovante):

Motivo de Solicitação

 / 

Data da Solicitação: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura (reconhecer firma)

**PARTE 5) PARA USO DO HOSPITAL VARGINHA** / 

Observações adicionais:

  
  
**PARTE 6) PARA USO DA AUDITORIA DE PRONTUÁRIO:**

Parecer da Auditoria de Prontuário:

  
  
  
  
  

Data e assinatura da Auditoria de Prontuário:

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**PARTE 7) SOLICITAÇÃO AO SAME**

E-mail enviado em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**PARTE 8) ENTREGA DA CÓPIA DO PRONTUÁRIO PELO SAME**

Data do recebimento das cópias: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Total de folhas: \_\_\_\_\_

Colaboradora que realizou a entrega: \_\_\_\_\_

**PARTE 9) TERMO DE RECEBIMENTO, COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE:**

Declaro, para fins de direito, que eu, \_\_\_\_\_, recebi a cópia do prontuário especificado nesta solicitação de copia de prontuário, e declaro estar ciente que é minha inteira responsabilidade a manutenção do sigilo das informações do mesmo, submetendo-me à legislação vigente.

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data do recebimento

\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou representante legal