



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:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

E-mail:

Endereço completo do paciente:

<input type="text"/>
<input type="text"/>

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

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Motivo da solicitação:

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Nome completo da pessoa autorizada a retirar a cópia:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Endereço completo do representante legal:

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Nome Completo do paciente:

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

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Motivo da solicitação:

<input type="text"/>
<input type="text"/>

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 cópia 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