

## REQUERIMENTO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO

### SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

#### Identificação do paciente

Nome do paciente

Nome da mãe

Data de nascimento

Estado civil

Endereço

Número

Complemento

CEP

Bairro

Cidade

Estado

Telefone

Celular

Recado

E-mail

#### Dados do atendimento

Paciente ainda está internado? |

Tipo de atendimento

Ambulatório

Internação

Pronto-socorro

Medicina Diagnostica e Terapêutica (MDT)

Data do atendimento

Data da alta

Convênio

Observação

#### Motivo da solicitação

Continuidade do tratamento

Aposentadoria/INSS

Reembolso convênio médico

Jurídico

Outros (Especificar motivo)

**Identificação do requerente (somente se não for o paciente o solicitante)**

Nome requerente

Parentesco

Telefone

Celular

Recado

E-mail

**Documentos que o solicitante deverá evidenciar para cópia – Art. 89 do Código de Ética Médica****Paciente**

1. Documento de identidade válido com foto

**Requerente**

1. Documento de identidade válido com foto
2. Declaração do paciente permitindo a solicitação de cópia do prontuário

**Representante legal**

1. Documento de identidade válido com foto
2. Procuração nomeando o Representante intervir pelo Paciente para os casos em que estiver impossibilitado de assinar o documento, por estar inconsciente ou não poder se expressar verbalmente e nem por escrito o pedido de cópia do prontuário.

**Falecimento do paciente (Óbito)**

1. Certidão de Óbito
2. Documento de identidade válido com foto do sucessor legítimo em linha reta ou colateral até o 4º grau |
3. Documento que comprove o parentesco (Pais, Avós, Bisavós, Trisavós, Filhos, Netos, Bisnetos, Trinetos, Irmãos, Sobrinhos, Netos do irmão, Tio-primo, Tio-avô). O cônjuge ou companheiro(a) sobreviventes tem direito de acesso ao prontuário, desde que comprovado o vínculo conjugal ou marital, nos termos da Recomendação nº 03 de 2014 do Conselho Federal de Medicina.

**Custo cópia do prontuário**

1. Até 10 (dez) páginas R\$0,50 por cópia;
2. Acima de 10 (dez) páginas R\$0,30 por cópia;
3. Envio por e-mail não tem custo;
4. O custo total será informado ao solicitante com antecedência da entrega do documento.

**Informação de retirada**

Tipo de entrega

Prazo de entrega:

20 a 30 dias úteis

O prazo pode variar de acordo com o tempo de internação do paciente e local de armazenamento do prontuário.

**Autorização de entrega de cópia de prontuário**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ e do RG nº \_\_\_\_\_, autorizo o Sr. \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, e no RG nº \_\_\_\_\_, a retirar em meu nome a cópia do prontuário acima citado.

**Obrigatório:** No ato da retirada da cópia a pessoa autorizada deverá apresentar documento de identidade válido com foto.

**Campo de preenchimento da unidade**

Cópia documento do paciente	Cópia documento do requerente
Cópia documento Representante legal	Procuração nomeando o representante legal
Cópia documento evidencia o parentesco/cônjuge	Cópia da Certidão de óbito
Preenchimento de todos os campos da solicitação de cópia	Cópia da declaração

Confidencial | Hospital Prevína

**X**

Assinatura do Requerente

*Assinatura deverá ser compatível com o documento apresentado*

**X**

Assinatura do Funcionário Hospital Prevína

*Assinatura legível*

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_