

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE / DOCUMENTOS

- Preencha o Formulário de Solicitação a próprio punho;
- A assinatura do Formulário deve ser igual ao documento de identificação (CNH ou RG);
- **É obrigatório o envio de toda a documentação solicitada, na ausência de qualquer informação o arquivo não será disponibilizado;**
- A SENHA DE ACESSO AO ARQUIVO, SÃO OS SEIS PRIMEIROS NÚMEROS DO CPF DO PACIENTE + ANO DE SEU NASCIMENTO;

SOLICITANTE:	OBRIGATÓRIO ENVIO DOS DOCUMENTOS ABAIXO, JUNTO AO FORMULÁRIO PREENCHIDO E ASSINADO
Próprio Paciente (maior de 18 anos)	Documento de Identificação Pessoal com foto (CNH ou RG)
Paciente menor de 18 anos	Solicitação deve ser realizada pelos responsáveis legais. Pais: Certidão de nascimento do paciente e documento de identificação pessoal do solicitante (CNH ou RG) ou Tutela/Guarda: Certidão de nascimento do paciente e documento de identificação pessoal do solicitante (CNH ou RG), e documento atualizado de comprovação de guarda.
Paciente incapaz / com incapacidade transitória	Representante Legal: Procuração: Concedendo poderes específicos para solicitação de documentação médica com firma reconhecida em cartório ou realizada pelo GOV.br, e documento de identificação pessoal do paciente e do procurador (CNH ou RG). ou Curatela: Pacientes interditados judicialmente, o Curador deverá enviar cópia da curatela e documento de identificação pessoal do paciente e do curador (CNH ou RG).
Óbito	Pais e filhos: Documento que comprove vínculo familiar, documento de identificação pessoal do solicitante (CNH ou RG) e Declaração de óbito do paciente. ou Cônjuges/companheiros: Certidão de casamento ou Declaração de União Estável documento de identificação pessoal do solicitante (CNH ou RG) e Declaração de óbito do paciente.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Preencha este documento com letra legível e sem abreviações

Data da solicitação: ____/____/____

1. Dados do Paciente

Nome completo: _____

Nome social: _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF do paciente: _____

Telefone de contato: (____) _____

2. Solicitante

Próprio Paciente Representante Legal

Nome completo do representante: _____

CPF do representante: _____ RG do representante: _____

Telefone de contato: (____) _____

3. Documento Solicitado

Prontuário de Internação Prontuário de Pronto Socorro

Atendimento Ambulatorial Declaração de Atendimento

Data do atendimento

Data inicial: ____/____/____ Data final: ____/____/____

Motivo da Solicitação: _____

Autorização de Envio de Cópia de Prontuário do Paciente por e-mail

Eu, _____, **ciente do sigilo das informações** registradas em prontuário do paciente, **autorizo** o Hospital Casa de Saúde a enviar o arquivo do prontuário solicitado acima, criptografado por senha, para o endereço de e-mail abaixo:

e-mail: _____

Assinatura similar ao Documento de Identificação (CNH ou RG) que será enviado junto a esse formulário:

Assinatura paciente/representante

- O e-mail informado deve ser do paciente, e não de terceiros, salvo menores, incapazes ou óbito