

REQUISIÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

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

Todas as informações sobre a assistência prestada ao paciente no Hospital de Amor são confidenciais e protegidas por legislação vigente. Cópias do prontuário poderão ser fornecidas de acordo com as situações abaixo:

A) PACIENTE VIVO E CAPAZ:

A cópia do prontuário somente será autorizada mediante o preenchimento da Parte 2 deste formulário, pelo próprio paciente, com firma reconhecida em cartório. O paciente pode autorizar outra pessoa para fazer a retirada da cópia. É obrigatória a apresentação do documento de identificação original com foto e cópia, tanto do paciente quanto da pessoa autorizada a retirar a cópia do prontuário, quando for o caso.

Observação: para pedido realizado pessoalmente, é dispensado reconhecimento de firma na requisição será realizado conferência dos documentos com foto pelo atendente).

B) PACIENTE VIVO E INCAPAZ:

Havendo qualquer tipo de impedimento do paciente, a solicitação para fornecimento da cópia do prontuário será realizada mediante o preenchimento da Parte 3 deste formulário, pelo representante legal atuante de direito ou guardião/responsável de menores, com firma reconhecida em cartório. É obrigatória a apresentação do documento que comprova a situação de representante legal do paciente: cópia autenticada de termos de tutela/curatela ou de procuração lavrada em cartório e que outorgue os poderes específicos para retirada de cópias de prontuários; cópias de certidão de nascimento do paciente menor de idade; cópias do documento de identificação do paciente e do representante legal. O próprio representante legal deverá retirar a cópia do prontuário.

C) PACIENTE JÁ FALECIDO:

Neste caso, as cópias podem ser entregues ao cônjuge/companheiro, ou ainda a parentes em linha reta ou colaterais até o quarto grau, obedecendo a ordem de vocação hereditária e mediante comprovação de vínculo alegado, conforme a Recomendação nº 03/2014 do CFM. A assinatura do solicitante deverá ter reconhecimento em cartório e cópias autenticadas dos documentos comprobatórios de identidade e vínculo com o paciente falecido serão exigidas. Apenas o solicitante, pessoalmente, poderá retirar as cópias.

Observação 1: solicitantes analfabetos devem colocar a impressão digital no documento e o acompanhante do mesmo coloca o nome e o número de identidade ou cpf, e assina o documento.

Observação 2: quando paciente solicitante evoluir a óbito, o familiar deverá comprovar o grau de parentesco mais próximo para poder retirar a cópia do prontuário.

O prazo para a entrega da cópia do prontuário é de 30 dias. A cópia ficará disponível para retirada por 90 dias e será inutilizada após esse prazo.

PARTE 2) PACIENTE VIVO E CAPAZ:

Nome completo do paciente:

Nº d RG do paciente:

Telefone de contato:

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

E-mail:

Endereço completo do paciente:

Tipo de arquivo:

() Cópia física;

Escolha o tipo de solicitação:

() Cópia integral do prontuário médico;

() Cópia parcial do prontuário médico;

() Declaração.

Se parcial, especificar qual a parte do prontuário solicitado:

Se declaração, especificar que tipo de declaração solicitado:

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
(reconhecer firma)

PARTE 3) PACIENTE VIVO E INCAPAZ:

Nome completo do representante legal:

Nº d RG do paciente:

Telefone de contato:

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

E-mail:

Endereço completo do representante legal:

Nome completo do paciente:

Tipo de arquivo:

() Cópia física.

Escolha o tipo de solicitação:

() Cópia integral do prontuário médico;

() Cópia parcial do prontuário médico;

() Declaração.

Se parcial, especificar qual a parte do prontuário solicitado:

Se declaração, especificar que tipo de declaração solicitado:

Motivo da solicitação:

____/____/____
Data da Solicitação

Assinatura do representante legal
(reconhecer firma)

REQUISIÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

PARTE 4) PACIENTE FALECIDO

Nome do Paciente:

Nome do Requirante:

R.G.:

Grau de Parentesco (anexar comprovante):

Tipo de arquivo:

() Cópia física.

Escolha o tipo de solicitação:

() Cópia integral do prontuário médico;

() Cópia parcial do prontuário médico;

() Declaração.

Se parcial, especificar qual a parte do prontuário solicitado:

Se declaração, especificar que tipo de declaração solicitado:

Motivo da solicitação:

Data da Solicitação: ____/____/____

Assinatura (reconhecer firma)

PARTE 5) SOLICITAÇÃO AO SAME

E-mail enviado em: ____/____/____.

PARTE 6) ENTREGA DA CÓPIA DO PRONTUÁRIO

Data do recebimento das cópias: ____/____/____.

Total de folhas: _____.

PARTE 7) 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 da Solicitação: ____/____/____

Assinatura do paciente ou representante legal