SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

PARA PREENCHIMENTO DO HOSPITAL

REGISTROS: | PRONTUÁRIO:

ATENDIMENTOS: | ATENDENTE: _____

NÚMERO DE ABERTURA SAI: | QUANTIDADE DE FOLHAS: _____

☐ PRONTUÁRIO SOLICITADO VIA E-MAIL ☐ CIRURGIA PLÁSTICA

RETIRADO POR: _____ PAGO EM: _____

1. INFORMAÇÕES DO PACIENTE

☐ PRÓPRIO PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

NOME DO PACIENTE:

NOME DO SOLICITANTE:

RG: | CPF:

TELEFONE PARA CONTATO:

E-MAIL:

2. DOCUMENTOS SOLICITADOS

☐ PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO ☐ PRONTUÁRIO COMPLETO

☐ PRONTUÁRIO DE PRONTO SOCORRO ☐ DOCUMENTO ESPECÍFICO

☐ PRONTUÁRIO DE AMBULATÓRIO QUAL?

DATA DO PROCEDIMENTO:

Observações: _____

3. FINALIDADE DA SOLICITAÇÃO

☐ INSS ☐ AÇÃO JUDICIAL ☐ DPVAT ☐ SEGURO

☐ ACOMPANHAMENTO MÉDICO ☐ ARQUIVO PESSOAL ☐ OUTRA CIRURGIA

☐ OUTROS:

4. ASSINATURAS

_____ _____ /_____ /_____

Assinatura do Solicitante Data da Solicitação

Ao assinar o formulário confirmo estar ciente de todas as regras referente à solicitação de cópia de prontuário e reafirmo os dados preenchidos por mim.

AUTORIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO DA DIRETORIA MÉDICA	CONFERÊNCIA DA DOCUMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO
_____	_____
Assinatura / Carimbo do Diretor Médico	Assinatura / Carimbo do Supervisor do SAME
Brasília, ____ / ____ / _____	Brasília, ____ / ____ / _____

PROTOCOLO - SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO																					
Solicitação de Prontuário do paciente:																					
Data da Solicitação:			/			/															
Atendente:	_____																				

TENHO CIÊNCIA QUE:

1. O Hospital Daher Lago Sul tem o prazo de **10 (dez) dias** úteis para disponibilizar a cópia do prontuário médico. Sendo até **03 (três)** dias para enviar a quantidade de folhas e **07 (sete)** dias após o envio do comprovante de pagamento da cópia.
2. Deverei pagar o valor de **R$0,35** (trinta e cinco centavos) por folha de cópia de forma antecipada.
3. A retirada e feita na Recepção do Pronto Socorro, em horário comercial. Caso seja necessária realizar a retirada do documento fora do período indicado, deverei entrar em contato com o Arquivo para proceder com o agendamento.
4. A retirada por terceiros será autorizada mediante apresentação do documento “Autorização de Acesso a Prontuário Médico” devidamente preenchido pelo paciente.
5. A cópia do prontuário ficará retida no Arquivo pelo prazo de **45 dias** após a liberação da Diretoria Médica. A não retirada do documento durante esse período, configurará desistência, podendo a cópia ser eliminada.
6. A fim de garantir a segurança da informação, o Arquivo **não** envia cópia de prontuário por e-mail.
7. O Arquivo entrará em contato por telefone para informar o valor final da cópia e a disponibilidade do documento.
8. A cópia do prontuário médico será feita exatamente conforme preenchido no formulário de solicitação de cópia de prontuário pelo paciente/solicitante.

Contatos: (61) 3213-4751 – 3213-4836 – 3213-4837 – 998848937
SAME@hospitaldaher.com.br
www.hospitadaher.com.br/solicitacao-de-prontuario