



F.50 – SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Rev. 00

Data de Elaboração: 04/02/2019
Data de aprovação: 04/02/2019

Responsabilidade:
SAME

**CÓPIA
CONTROLADA**

1. DADOS DO PACIENTE:

Nome Completo Paciente:

D. Nascimento: ____/____/____

Data Internamento: ____/____/____

Profissão:

Estado Civil: ()Solteiro ()Casado ()Viúvo

Nacionalidade:

CPF:

RG

Endereço:

nº:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Telefone:

Telefone Contato:

Motivo da Solicitação:

Assinatura do paciente
(Reconhecer Firma)

2. REPRESENTANTE LEGAL: (anexar documentação que comprove a situação de representante legal ou guardião responsável do paciente)

Nome completo do representante legal:

Endereço completo representante legal:

Assinatura representante legal
(Reconhecer Firma)

3. PACIENTE FALECIDO

Nome do Requisiteante:

RG:

Telefone:

Grau de Parentesco:
(anexar comprovante)

Assinatura
(Reconhecer Firma)

5. PARA USO DO HOSPITAL

Nome de quem recebeu a solicitação:

Data: ____/____/____

Assinatura:

Observações Adicionais:

O Serviço de Arquivo Médico e Estatístico possui prazo de 30 dias para entrega do prontuário ao solicitante, podendo este ser prorrogado conforme necessidade do setor.

Solicitante

Ciente em: ____/____/____

6. 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