

**ILUSTRÍSSIMOS SENHORES DIRETORES CLÍNICO, TÉCNICO E ADMINISTRATIVO DA
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTA RITA DO PASSA QUATRO/SP.**

Assunto: Solicitação de Cópia de Prontuário Médico/FAA.

- ☐ Internação - Período de Internação: ____/____/____ à ____/____/____
- ☐ Ficha de Atendimento Ambulatorial - FAA - Data do Atendimento: ____/____/____
- ☐ Exames - Tipo de Exame: _____

DADOS DO SOLICITANTE

Nome Completo: _____

RG: _____ Telefone Celular: _____ Fixo: _____

Endereço: _____ Número: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Parentesco/Tipo: _____ E-mail: _____

DADOS DO PACIENTE

Nome Completo: _____

Nome da Mãe: _____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

Data ____/____/____ Assinatura do Solicitante _____

Despacho Diretor Clínico: ____/____/____ () Deferido () Indeferido Ass.: _____

Despacho Diretor Técnico: ____/____/____ () Deferido () Indeferido Ass.: _____

Despacho Diretor Administrativo: ____/____/____ () Deferido () Indeferido Ass.: _____

Despacho Médico Assistente: ____/____/____ () Deferido () Indeferido Ass.: _____

RECIBO DE ENTREGA DA CÓPIA SOLICITADA

Declaro estar recebendo neste ato cópia do prontuário médico acima citado.

____/____/____

Ass.: _____

RECIBO DE REQUERIMENTO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO/FAA/EXAMES.

Requerente: _____

Paciente: _____

- ☐ Prazo para Retirada: de **15 a 30 (quinze a trinta) dias** após a liberação pela Diretoria Clínica/Técnica/Administrativa do Hospital. Horário das **08h às 17h** de segunda a sexta-feira.
- ☐ A cópia ficará disponível para retirada por **60 (sessenta) dias** e será inutilizada após esse prazo.

OBSERVAÇÃO: Todas as informações sobre a assistência prestada aos pacientes são confidenciais e protegidas por legislação vigente.

O acesso (total ou parcial) a quaisquer informações do prontuário do paciente será possível mediante a apresentação de consentimento, por escrito, do paciente ou de seu representante legal.

Conforme resolução nº 3/2014 do CFM, determina-se no art.º 1: cópia de prontuário de paciente falecido é fornecida quando solicitada pelo cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, desde que documentalmente comprovado o vínculo familiar e observada a ordem de vocação hereditária.

Valores - Cópia integral ou parcial de prontuários em papel: R\$ 0,50 por página e R\$ 10,00 em DVD.

No momento da retirada, será necessária a apresentação deste recibo e documento com foto do Requerente.

_____/_____/_____
Data

Receptor:

RECIBO DE REQUERIMENTO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO/FAA/EXAMES.

Requerente: _____

Paciente: _____

- ☐ Prazo para Retirada: de **15 a 30 (quinze a trinta) dias** após a liberação pela Diretoria Clínica/Técnica/Administrativa do Hospital. Horário das **08h às 17h** de segunda a sexta-feira.
- ☐ A cópia ficará disponível para retirada por **60 (sessenta) dias** e será inutilizada após esse prazo.

OBSERVAÇÃO: Todas as informações sobre a assistência prestada aos pacientes são confidenciais e protegidas por legislação vigente.

O acesso (total ou parcial) a quaisquer informações do prontuário do paciente será possível mediante a apresentação de consentimento, por escrito, do paciente ou de seu representante legal.

Conforme resolução nº 3/2014 do CFM, determina-se no art.º 1: cópia de prontuário de paciente falecido é fornecida quando solicitada pelo cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, desde que documentalmente comprovado o vínculo familiar e observada a ordem de vocação hereditária.

Valores - Cópia integral ou parcial de prontuários em papel: R\$ 0,50 por página e R\$ 10,00 em DVD.

No momento da retirada, será necessária a apresentação deste recibo e documento com foto do Requerente.

_____/_____/_____
Data

Receptor: