

Requerimento de Prontuário

() Paciente () Responsável Legal () Cônjuge () Filho(a)

Eu, _____ Portador do CPF: _____, e
RG: _____ - _____. Data de Nascimento: ____/____/____, Endereço:
_____, N° _____. Bairro _____.
Cidade: _____, Estado: _____.

Venho por meio deste, solicitar o prontuário do paciente: **Nome:**
_____ **Nº Atendimento** _____ **Nº**
Prontuário: _____ **Data de Nascimento** ____/____/____ com atendimentos realizados
no HOSPITAL DE ESPERANÇA nos dias: ____/____/____ até ____/____/____ para fins de:

_____.

() PRONTUÁRIO – INTERNAÇÃO

() PRONTUÁRIO - AMBULATORIAL

() EXAMES LABORATORIAIS OU BIOPSIAS / LAUDOS

➤ **Deverão ser apresentados os seguintes documentos:**

I – SE O PRÓPRIO PACIENTE: Documento original com foto.

II – SE TERCEIROS: Apresentar procuração, com firma reconhecida em cartório, acompanhado do documento original com foto ou cópia autenticada do documento do paciente e do solicitante;

*No caso de paciente falecido, qualquer documento solicitado só será fornecido ao representante legal de direito nomeado por autoridade judiciária, ou filho, pai/mãe e cônjuge, mediante apresentação de certidão de óbito e documento comprovando o parentesco (original com foto).

➤ () Prontuário SAME, prazo 15 dias úteis () Emergencial, prazo 10 dias úteis. Estou ciente que a cópia do prontuário estará disponível para retirada após 15 dias desta solicitação, após este prazo as cópias não retiradas serão inutilizadas, sendo necessário outro requerimento e aguardar novo prazo.

Telefone para contato: () _____ E-mail: _____

Presidente Prudente/ SP, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

FUNDAÇÃO HOSPITAL REGIONAL DO CÂNCER DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PRESIDENTE PRUDENTE

Av. Coronel José Soares Marcondes, 2.380 CEP 19013-050 – Vila Euclides

Presidente Prudente – São Paulo - Tel. (18) 2104-8000

E-mail: hospitaldocancerpp@hrcpp.org.br Site: www.hospitaldeesperanca.org.br

CNPJ 11.636.872/0001-67

ATENÇÃO

Cobrada taxa no valor de R\$ 0,50 (cinquenta) centavos por página e taxa no valor de R\$ 10,00 (dez) reais, por gravação de CD/DVD. Tal decisão é respaldada pelo parecer CFM nº 14/10, de 7 de maio de 2010, referente ao PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 6.121/09.

HORÁRIO DE RETIRADA: 09:00 às 15:00 de segunda a sexta-feira.
LOCAL DE RETIRADA: Balcão Principal – Térreo.

AVISO LIBERAÇÃO DE PRONTUÁRIO AO PACIENTE: ___/___/___ HORÁRIO: ___:___

Entregue em: ___/___/___ Horas: ___:___

Retirado por: _____

Colaborador SAME: _____

Páginas:	Valor:	Gravarem CD:	Email: same@hrcpp.org.br
Nº _____	R\$: _____	Sim ()	Sim ()

Coordenação SAME

Diretor Clínico

Jurídico