

Nº Atendimento (s): \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_

nacionalidade: \_\_\_\_\_, estado civil: \_\_\_\_\_,

Profissão: \_\_\_\_\_, portador do RG: \_\_\_\_\_ SSP/ \_\_\_\_\_,

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente e domiciliado no endereço  
\_\_\_\_\_, N° \_\_\_\_\_, bairro:  
\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_.

Venho por meio desta, requerer as cópias de exames e prontuários médicos realizados no Hospital Nossa Senhora Auxiliadora no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, para fins de \_\_\_\_\_. Estou ciente que a cópia do prontuário estará disponível para retirar após 15 dias desta solicitação e que após este prazo as cópias não retiradas inutilizadas, e que este requerimento tem o prazo de validade de 90 dias, após este prazo será necessário outro requerimento e aguardar novo prazo.

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Email para contato: \_\_\_\_\_

Três Lagoas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

X \_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável

**Necessário recibo:**

SIM ( ) NÃO ( )

**ATENÇÃO:**

A partir do dia **01 de Abril de 2017**, o serviço de cópias de prontuários passará a ser cobrado, o valor cobrado será de R\$ 0,50 centavos por página e para a gravação em CD/DVD será cobrada a taxa de R\$ 10,00 por 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.**

**Controle SAME**

Entregue em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Retirado por: X \_\_\_\_\_

Colaborador SAME: \_\_\_\_\_

<b>Qnt. de Páginas:</b> _____	<b>Necessário Recibo:</b> Sim ( ) Não ( )	<b>Gravar em CD:</b> Sim ( ) Não ( )	<b>Arquivo:</b> Sim ( ) Não ( )
-------------------------------	--	---	------------------------------------