

Nº Atendimento (s): _____

() Paciente () Mãe do Paciente () Pai do Paciente () Cônjuge () Filho (a) () Representante legal

Eu, _____ Inscrito (a) no CPF nº _____, portador (a) do RG nº _____ SSP/____, data de nascimento: ____/____/____ residente e domiciliado (a) no endereço _____, nº _____, bairro _____, na cidade de _____. Venho por meio desta, solicitar _____ do paciente _____

Data de nascimento ____/____/____ realizados no Hospital Nossa Senhora Auxiliadora no dia ____/____/____, para fins de _____.

() Prontuário via sistema, prazo de 10 dias. () Prontuário físico, prazo de 20 dias. () Laudo Diagnóstico por Imagem, prazo de 1 dia.

Estou ciente que a cópia do prontuário estará disponível para retirada após 30 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 para contato: _____.

Três Lagoas/MS, ____ de _____ de 20 ____.

X _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

ATENÇÃO:

A partir do dia **01 de abril de 2017**, o serviço de cópias de prontuários passará a ser cobrado 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.**

Entregue em ____/____/____ Horas: ____: ____.

Retirado por: _____

Colaborador SAME: _____

Qtd. de Páginas: ____	Necessário Recibo:	Gravar em CD:	Arquivo:
	Sim () Não ()	Sim () Não ()	Sim () Não ()