

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 úteis. ( ) Prontuário físico, prazo de 20 dias úteis. ( ) 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: Sim ( ) Não ( )

Gravar em CD: Sim ( ) Não ( )

Arquivo: Sim ( ) Não ( )