

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

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 o prontuário do paciente

Nº Atendimento: _____ **Nº Prontuário:** _____
_____ data de nascimento ____/____/____ realizados no Hospital Nossa Senhora Auxiliadora no dia ____/____/____ até ____/____/____ para fins de _____

OBS 1: _____

PRONTUÁRIO COM: EXAMES () LAUDOS () IMAGEM ()

Prontuário SAME 1, prazo 10 dias úteis Prontuário SAME 2, prazo de 30 dias úteis Emergencial, prazo 10 dias úteis

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

Lançar Lançado Procurar Auditoria Liberado Entregue Guardar Devolvido

Nome procurador do prontuário: _____

Localização prontuário SUS _____ APR _____

Localização prontuário BPA _____ SEQ _____

Localização prontuário APAC _____ SEQ _____

Localização prontuário CONV _____ SEQ _____

Localização prontuário TESOURARIA _____ SEQ _____

Prontuário Emergencial: _____

Data Entrega Para Auditoria: ____/____/____ Data Liberação pela Auditoria: ____/____/____

Nome do responsável pela guarda do prontuário: _____

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.

AVISO LIBERAÇÃO DE PRONTUÁRIO AO PACIENTE: ____/____/____ **HORÁRIO DO AVISO:** _____:

ANOTAÇÃO DE LIGAÇÃO: _____

Entregue em: ____/____/____ Horas: _____:

Retirado por: _____

Colaborador SAME _____

Paginas: Nº _____	Valor Dinheiro R\$: _____	Valor Pix R\$: _____	Gravarem CD: Sim ()	Whatsapp: Sim ()	Email: Sim ()
-----------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	--------------------------