

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO / DOCUMENTOS

Preencha este documento com letra legível e sem abreviações

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- ❖ O Prazo de Entrega é de até 15 dias úteis a contar da data de envio completo de documentos obrigatórios pelo solicitante;
- ❖ Assinatura do formulário deve ser similar ao documento de identificação;
- ❖ Em caso de dúvidas: sameh9j@dasa.com.br
- ❖ As entregas serão feitas apenas aos solicitantes previamente identificados;
- ❖ Para entregas de documentos impressos, é cobrado o valor de 0,20 centavos por folha;
- ❖ Os prontuários solicitados para retirada presencial ficam armazenados durante 30 dias após comunicação de disponibilidade pelo hospital. Após esse prazo, caso haja interesse na retirada, será necessária nova solicitação;
- ❖ **A SENHA DE ACESSO AO ARQUIVO (E-MAIL ou PEN DRIVE) SÃO OS SEIS PRIMEIROS NÚMEROS DO CPF DO PACIENTE.**

ATENÇÃO SOLICITANTE E DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA POR E-MAIL:

SOLICITANTE:	OBRIGATÓRIO ENVIO/APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS (CNH ou RG) JUNTO COM O FORMULÁRIO PREENCHIDO E ASSINADO:
Próprio Paciente (maior 18 anos)	Documento de Identificação pessoal com foto do paciente (CNH ou RG)
Próprio Paciente – Relativamente capaz (entre 16 e 17 anos e 11 meses)	Documento de identificação pessoal com foto do paciente. Em caso de solicitação por pais/tutores, encaminhar autorização por escrito assinada pelo paciente e pelo responsável. Documento de identificação pessoal com foto do paciente e do responsável autorizado (CNH ou RG).
Pacientes menores de 16 anos	Solicitação a ser realizada pelos responsáveis legais. Pais: Apresentar certidão de nascimento do menor e documento de identificação pessoal do solicitante (CNH ou RG). ou Tutela/Guarda: Apresentar certidão de nascimento do menor, documento de identificação pessoal com foto do solicitante e documento atualizado de comprovação de guarda.
Terceiros (Paciente Lúcido)	Autorização por escrito assinada pelo paciente. Documento de identificação pessoal com foto do paciente e da pessoa autorizada (CNH ou RG).
Representante Legal (Pacientes incapazes/ com incapacidade transitória)	Procuração: Procuração concedendo poderes específicos para solicitação de documentação médica. Documento de identificação pessoal com foto do paciente e do procurador ou Curatela: Pacientes interditados judicialmente. Curador deverá apresentar curatela, documento de identificação com foto pessoal e do paciente (CNH ou RG).
Prontuário Óbito	Documento que comprove vínculo familiar, Documento de identificação pessoal do solicitante (CNH ou RG), Declaração de óbito do paciente.

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO / DOCUMENTOS

Preencha este documento com letra legível e sem abreviações

DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/____/____

1. Dados do Paciente

Nome Completo (não abreviar): _____

Nome da Mãe (não abreviar): _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF do Paciente: _____

2. Documento Solicitado

- Prontuário de Internação
- Gravação Cirúrgica (PEN DRIVE / CD)
- Documentação Cirúrgica (Reembolso)
- Prontuário Pronto Socorro
- Prontuário Centro Médico (Ambulatório)

Data do(s) Atendimento(s) Desejado(s) _____

Motivo da Solicitação: _____

Solicitante: _____ Telefone de Contato: _____

3. Retirada de Documento Solicitado (CÓPIA DE PRONTUÁRIO)

OPÇÃO 01 - Retirada Presencial - Paciente retira pessoalmente no endereço: Rua Peixoto Gomide, 285. Atendimento de Segunda à Sexta (exceto feriados) das 08:00 às 17:00 Horas. **Importante:** Caso outra pessoa venha retirar, trazer autorização por escrito pelo paciente e documento de identificação do paciente e responsável pela retirada (CNH ou RG)

E-mail para aviso de retirada: _____

- Impresso – cobrado um valor de 0,20 centavos por folha
- Mídia (PEN DRIVE) - grátis

OPÇÃO 02 – Envio eletrônico – Solicitante deve assinalar e preencher Campo de **Autorização de Envio de Prontuário/Documents por e-mail**. * Assinatura deve ser similar ao documento de identificação (CNH ou RG). Enviar para o e-mail sameh9j@dasa.com.br Documento de Identificação (CNH ou RG) e Formulário preenchido

- Envio de arquivo com senha para e-mail indicado abaixo – grátis

Autorização de Envio de Prontuário/Documents por e-mail

Eu, _____ ciente do sigilo das informações registradas em prontuário do paciente, autorizo envio de arquivo com senha pelo Hospital Nove de Julho, do prontuário solicitado **para o endereço de e-mail abaixo:**

E-MAIL (legível): _____

Assinatura Similar ao Documento de Identificação (CNH ou RG) que vai ser enviado junto com o formulário: _____

4. Confirmação de Recebimento de Documento Retirado Presencialmente

Declaro que recebi presencialmente os documentos mencionados acima em: ____/____/____

Responsável pela Retirada: _____

*Após preenchimento deste formulário enviar para o e-mail sameh9j@dasa.com.br junto com o documento de identificação frente e verso (CNH ou RG).