

**REQUISIÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO****REPRESENTANTE LEGAL, PROCURADOR OU CURADOR DEVIDAMENTE CONSTITUÍDO**

Eu \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

Naturalidade \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nº do CPF \_\_\_\_\_ Nº do RG \_\_\_\_\_

Endereço completo \_\_\_\_\_

*Solicito a extração de cópias do prontuário médico do paciente*

Nome \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

Naturalidade \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nº do CPF \_\_\_\_\_ Nº do RG \_\_\_\_\_

Relativo ao período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**Grau de parentesco****Procurador**

Procuração devidamente autenticada deve ser enviada juntamente com a requisição.

**Curador**

Documento comprobatório da curatela deve ser enviado juntamente com a requisição.

**Representante legal**

Paciente menor de idade

Documento comprobatório deve ser enviado juntamente com a requisição.

**Selecione o modo de retirada****Físico Impresso\***

R\$ 0,20 Por folha + taxas

**Digital via E-mail**

Autorizo o envio do prontuário digital no endereço de e-mail abaixo

E-mail \_\_\_\_\_

\*Após o recebimento, validação, e impressão do prontuário o setor entrará em contato via telefone para informar a data de retirada.

Para maior clareza, firmo o presente.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinar e reconhecer firma da assinatura

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Diretoria Clínica

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Enfermagem

Telefone para contato 1 ( ) \_\_\_\_\_

Telefone para contato 2 ( ) \_\_\_\_\_

**1** - Após o preenchimento e reconhecimento de firma ou assinatura digital da requisição de prontuário, é necessário enviá-la junto com uma cópia digitalizada ou foto nítida do seu RG ou CNH. Você pode enviá-los de duas maneiras:

pelo site, na página "**Solicitação de Prontuário**", no campo destinado ao envio de documentos, ou por e-mail para **prontuario@grupobaiasul.com.br**.

**2**- O prazo para envio do link do arquivo ou retirada, será de até 15(quinze) dias úteis.

**3**- O envio do link ou retirada fica **condicionado ao pagamento**. Sendo a contagem do prazo de envio iniciando a partir da data de pagamento.

**4**- Pedidos irregulares (que não atendam as exigências) não serão aceitos.

**5**- Documentação adicional poderá ser solicitada pelo hospital após análise da requisição.

**6**- A comprovação de parentesco se dará por meio de:

- Certidão de casamento ou união estável (cônjuge/companheiro)
- RG, CPF ou CNH (todos os requerentes deverão enviar)
- Certidão de nascimento (pais/avós)
- Demais documentos que se fizerem necessários a fim de comprovar a relação (irmãos, netos, tios, sobrinhos, bisnetos, bisavós, primos)

**7**- O hospital respeitará a ordem de vocação hereditária, iniciando-se pelo cônjuge/companheiro e seguindo os graus de parentesco conforme determinado acima. Ex.: requisição pelo 1º grau somente será aceita caso inexista cônjuge/companheiro sobrevivente, e assim por diante.