



REQUISIÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO
PRÓPRIO PACIENTE

Eu _____

Estado civil _____ Nacionalidade _____

Naturalidade _____ Data de Nascimento ___/___/_____

Nº do CPF _____ Nº do RG _____

Endereço completo _____

Solicito a extração de cópias do meu prontuário médico relativo, ao período de
___/___/_____ a ___/___/_____.

Selecione o modo de retirada

*Físico Impresso**
RS 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

Diretoria Clínica

Data ___/___/_____

Enfermagem

Data ___/___/_____

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@prontuario.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 às exigências) não serão aceitos.

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