

REQUISIÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO

PACIENTE FALECIDO - PARECER

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

Cônjuge/Companheiro
Certidão de casamento atualizada deverá ser enviada junto com a requisição

1º Grau - Pais/Filhos
Documento comprobatório deve ser enviado juntamente com a requisição.

2º Grau - Irmãos/Avós/Netos
Documento comprobatório deve ser enviado juntamente com a requisição.

3º Grau - Tios/Sobrinhos/Bisnetos/Bisavós
Documento comprobatório deve ser enviado juntamente com a requisição.

4º Grau - Primos
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
R\$ 00,00 Por folha + taxas

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.ihc@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 inexistir cônjuge/companheiro sobrevivente, e assim por diante.