

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***
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_____
Diretoria Clínica_____
Enfermagem

Data ____/____/____

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.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 às exigências) não serão aceitos.
- 5** - Documentação adicional poderá ser solicitada pelo Hospital após análise da requisição.