

		Solicitação de Cópia de Prontuário		Data da Solicitação: ____/____/____
Repositório: Serviço de Arquivo Médico		Categoria: Formulário		Código: FOR.SAME.000
Data Criação: 22/11/2023	Última Publicação: 22/11/2023	Próx. Publicação: 27/04/2027	Versão: 006	

Nome do Paciente:	Data Nascimento:
Nome da Mãe:	CPF N°:
Telefone para Contato:	Convênio:

Dados solicitados: Data/Ano (do Prontuário que necessitará): De ____/____/____ Até: ____ Obs: ____	
Finalidade da Cópia: ☐ INSS ☐ Seguro ☐ Ressarcimento ☐ Judicial ☐ Outros: _____	Suporte escolhido para a disponibilização da Cópia: ☐ CD ☐ Pendrive

Assinatura Paciente e/ou Responsável legal Autorizado
 (igual ao documento oficial apresentado)

Atenção: Caso queira deixar autorizado a retirarem a cópia, deverá autorizar via procuração em anexo (reconhecer firma em cartório) - Entregar a via original na retirada da cópia.

O Prontuário do paciente é um documento sigiloso. O acesso ao prontuário segue legislações pertinentes e a Política de acesso à informação do HSRC:

- Somente o paciente tem direito de acesso ao seu prontuário. Qualquer outra pessoa somente com a autorização expressa do paciente através de procuração específica devidamente registrada em cartório.
- Em caso de óbito, seguirá o vínculo familiar e a ordem de vocação hereditária, com as documentações legais comprobatórias do parentesco.

Para cumprimento da SOLICITAÇÃO DE PRONTUÁRIO, serão colhidos dados pessoais exclusivamente para identificação do paciente, localização do respectivo prontuário e identificação da pessoa solicitante. Em vista do compartilhamento dos dados constantes no prontuário do paciente, ainda que para o próprio paciente titular, cumprida solicitação, com o fim de atender a **Lei Geral de Proteção de Dados nº 13.709/18**, os dados pessoais do solicitante e da pessoa responsável pela retirada do documento serão anexados ao prontuário original e serão tratados em conjunto, pelo prazo legal do Prontuário.

Para uso Exclusivo do Hospital Santa Rita

Liberação da Retirada do Prontuário – Dados

Solicitação feita via: SITE () Presencialmente no HSRC ()
Nº Prontuário/MV: _____ Atendimento/Período: _____
_____ Data: ____/____/____
Assinatura Responsável Liberação - Gestor da área

Protocolo de Entrega da Solicitação da Cópia de Prontuário (Via do paciente) *Levar no dia da Retirada

- Prazo de liberação da Cópia de Prontuário: **A partir de 10 dias úteis:** Para pacientes que tenham internação com mais de 01 mês da ALTA. Em até **30 dias úteis:** Para pacientes que tenham internação com menos de 01 mês da ALTA.
 - O **SAME** entrará em contato para informar a liberação via WhatsApp (mensagens de Texto): 027 98115-3800 ou por telefone.
 - Horário e Local para Retirada da Cópia:** Segunda a Sexta-feira das 08h às 15h:30h - Recepção do Bloco 17 – 1º ou 4º andar
- Valor do suporte para disponibilização da Cópia (*sem fins lucrativos*): **CD: R\$ 3,00 – Pendrive: R\$ 33,00** - (opção impressa se somente: cópia solicitada com até 20 folhas a R\$ 0,20 por folha).
- Nome do Paciente:** _____ **CD** () **Pendrive** () **Impressa:** _____

Procuração para Retirada de Cópia de Prontuário no Hospital Santa Rita

O abaixo denominado OUTORGANTE constitui o abaixo denominado OUTORGADO seu procurador concedendo-lhe os poderes abaixo descritos para que surtam os seus jurídicos e legais efeitos.

OUTORGANTE: _____,
estado civil _____, nacionalidade, _____,
portador do **CPF/MF** sob N°: _____, residente e domiciliado na
Rua: _____, n°: _____
Bairro: _____, Cidade: _____, Estado: _____,
vem, por meio deste instrumento particular de procuração nomear e constituir como procurador:

OUTORGADO: _____,
estado civil _____, nacionalidade, _____,
portador do **CPF/MF** sob N°: _____, residente e domiciliado na
Rua: _____, n°: _____
Bairro: _____, Cidade: _____, Estado: _____,

Poder específico:

Representar o OUTORGANTE para retirada da Cópia do **Prontuário Médico do Paciente** mantido sob a guarda do Hospital Santa Rita de Cássia.

Nome do Paciente: _____

Esta procuração tem a validade de 90 dias.

Vitória, ES _____ de _____ 20 _____

Assinatura do Outorgante

(igual ao documento oficial apresentado)

* Esta procuração faz parte do Formulário de Solicitação de cópia do Hospital Santa Rita de Cássia (folha 02)

* Esta procuração precisará ter reconhecimento de firma do Outorgante (obrigatório). *Trazer original na retirada

* Dispensa-se o reconhecimento de firma, **se** a Solicitação de cópia for feita presencialmente pelo paciente no Hospital Santa Rita de Cássia, ou para o advogado com OAB ativa. *Se para advogado, trazer original na retirada.