******

***Solicitação de***

***Cópia de Prontuário***

***ATENÇÃO:*** esta solicitação deverá ser **preenchida pelo próprio paciente** ou pelos **representantes legais de pessoas que não têm aptidão para praticar pessoalmente atos da vida civil** (por exemplo,

menores de idade) e encaminhada ao AME Promissão.

Para informações ligue: (14) 3543 9700 Ramal 9756 ou 9781.

**1) Instruções e Informações Legais (leia com atenção!):**

Todas as informações sobre a assistência prestada ao paciente no AME Promissão, são ***conﬁdenciais e protegidas*** por legislação vigente. Cópias do prontuário poderão ser fornecidas de acordo com as situações abaixo:

**A) PACIENTE VIVO E CAPAZ:**

A cópia do prontuário deverá ser solicitada pelo próprio paciente, através do formulário de Solicitação de Cópia de Prontuário (preencher somente a Parte 2 do formulário);

O paciente deve assinar a solicitação e reconhecer firma em cartório; quando autorizar outra pessoa a retirar as copias.

A retirada da cópia pode ser feita pelo próprio paciente ou por outra pessoa autorizada pelo paciente (neste caso, o paciente deverá indicar no formulário o nome e o número do documento de identidade (RG) da pessoa autorizada a retirar a cópia e orientar a mesma a comparecer com os documentos originais no ato da retirada).

**B) PACIENTE VIVO E INCAPAZ:**

Havendo qualquer tipo de impedimento do paciente, ou se o paciente for menor de idade, a cópia do prontuário deverá ser solicitada pelo representante legal atuante de direito ou guardião/responsável (no caso de menores), através do formulário de Solicitação de Cópia de Prontuário (preencher somente a Parte 3 do formulário);

É obrigatório anexar ao formulário de solicitação de cópia a documentação que comprove sua situação de representante legal do paciente ou de guardião/responsável;

O representante legal ou o guardião/responsável deve assinar a solicitação e reconhecer firma em cartório;

A retirada da cópia deverá ser feita pelo próprio representante legal (não poderá delegar a terceiros a retirada da cópia).

**C) PACIENTE JÁ FALECIDO:**

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), a liberação de cópia ou acesso ao prontuário de paciente já falecido só pode ocorrer mediante requisição dos Conselhos de Medicina (Regional ou Federal) ou mediante autorização judicial.

O AME Promissão, somente permitirá a cópia de prontuário de paciente já falecido se receber a devida requisição dos Conselhos de Medicina ou a devida autorização judicial.

Em nenhuma outra circunstância a cópia do prontuário será autorizada.

O prazo para a entrega da cópia do prontuário é de **15 (quinze) dias úteis contados a partir da data do protocolo do pedido.** A cópia ﬁcará disponível para retirada por **60 (sessenta) dias** e será inutilizada após esse prazo. No momento da retirada deve ser apresentado o ***original do Documento de Identidade (RG) com foto e assinatura***.

**2) Paciente vivo e capaz:**

Nome completo do paciente:

**3) Paciente vivo e incapaz:**

Nome completo do representante legal:

N.º do RG do paciente: Telefone de contato:

N.º do RG do representante: Telefone de contato:

Endereço completo do paciente:

Endereço completo do representante legal:

Detalhes da solicitação (especiﬁcar se é do prontuário inteiro,FA, exames ou RME’s)

Nome completo do paciente:

Detalhes da solicitação (especiﬁcar se é de se é do prontuário inteiro,FA, exames ou RME’s.):

Motivo da solicitação:

Motivo da solicitação:

Nome completo da pessoa autorizada a retirar a cópia:

N.º do RG e telefone da pessoa autorizada a retirar a cópia:

**Obrigatório anexar documentação que comprove a situação de representação legal ou de guardião responsável do paciente.**

Obs:

Obs:

/ /

/ /

Data da solicitação Assinatura do paciente

(reconhecer ﬁrma)

Data da solicitação Assinatura do representante legal

(reconhecer ﬁrma)

Data entrega no AME Promissão: / /\_\_\_\_

Data entrega no AME Promissão: / /\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **4) Termo de recebimento, compromisso e responsabilidade:** |  |
| Declaro, para ﬁns de direito, que eu,  recebi a cópia do prontuário especiﬁcado nesta Solicitação de Cópia de Prontuário, e declaro estar ciente que é de minha inteira responsabilidade a manutenção do sigilo das informações do mesmo, submetendo-me à legislação vigente. | , |

/ /

Data da recebimento Assinatura do paciente ou representante legal

## 

## IRMANDADE DA SANTA CASA DE ANDRADINA

## AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES

Rua Arthur Franco, 215 – Jardim América - Promissão – SP

Fone (014) 3543-9700 -CEP 16.370-000

C.N.P.J. 43.535.210/0004-30



|  |  |
| --- | --- |
| **5) Termo de recebimento, compromisso e responsabilidade:** |  |
| Declaro, para ﬁns de direito, que eu,  recebi o termo de responsabilidade e Solicitação de Cópia de Prontuário devidamente assinado e reconhecido firma. | , |

/ /

Data da Protocolo Assinatura do funcionário e setor