

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- ❖ O prazo de entrega é de até 15 dias úteis a contar da data de envio completo de documentos obrigatórios pelo solicitante;
- ❖ Assinatura do formulário deve ser similar ao documento de identificação;
- ❖ Em caso de dúvidas entrar em contato por e-mail: samehav@americasmed.com.br;
- ❖ As entregas serão feitas apenas aos solicitantes previamente identificados;
- ❖ Para entregas de documentos impressos ou pen drive, haverá custo;
- ❖ Os prontuários solicitados para retirada presencial ficam armazenados durante 30 dias contados a partir da comunicação de disponibilidade pelo hospital. Após esse prazo, caso haja interesse na retirada, será necessária nova solicitação;
- ❖ **A SENHA DE ACESSO AO ARQUIVO (E-MAIL ou PEN DRIVE) SÃO OS 6 (SEIS) PRIMEIROS DÍGITOS DO CPF DO PACIENTE.**

ATENÇÃO: SOLICITAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA POR E-MAIL:

SOLICITANTE:	OBRIGATÓRIO ENVIO/APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS (CNH ou RG) JUNTO COM O FORMULÁRIO PREENCHIDO E ASSINADO:
Próprio Paciente (maior 18 anos)	Documento de Identificação pessoal com foto do paciente (CNH ou RG), cópia ou digitalização frente e verso.
Próprio Paciente – Relativamente capaz (entre 16 e 17 anos e 11 meses)	Documento de identificação pessoal com foto do paciente. Em caso de solicitação por pais/tutores, encaminhar autorização por escrito assinada pelo paciente e pelo responsável. Documento de identificação pessoal com foto do paciente e do responsável autorizado (CNH ou RG), cópia ou digitalização frente e verso.
Pacientes menores de 16 anos	Solicitação a ser realizada pelos responsáveis legais. Pais: Apresentar certidão de nascimento ou RG do menor e documento de identificação pessoal do solicitante (CNH ou RG), cópia ou digitalização frente e verso. ou Tutela/Guarda: Apresentar certidão de nascimento ou RG do menor, documento de identificação pessoal com foto do solicitante e documento atualizado de comprovação de guarda, cópia ou digitalização frente e verso.
Terceiros (Paciente Lúcido)	Autorização por escrito assinada pelo paciente. Documento de identificação pessoal com foto do paciente e da pessoa autorizada (CNH ou RG), cópia ou digitalização frente e verso.
Representante Legal (Pacientes incapazes/ com incapacidade transitória)	Procuração: Procuração concedendo poderes específicos (cópia de prontuário) para solicitação de documentação médica. Documento de identificação pessoal com foto do paciente e do procurador (CNH ou RG), cópia ou digitalização frente e verso. ou Curatela: Pacientes interditados judicialmente. Curador deverá apresentar curatela, documento de identificação com foto pessoal e do paciente (CNH ou RG), cópia ou digitalização frente e verso.
Falecimento do paciente	Companheiro(a) não casado(a) deve apresentar documento que comprove a união estável (ex.: Declaração conjunta de imposto de renda; comprovantes de residência no mesmo endereço; Inclusão como dependente em plano de saúde; Contas conjuntas, correspondências, contrato de locação ou financiamento conjunto; Declaração firmada por duas testemunhas, com cópia dos documentos.) Na ausência de comprovação, o pedido será avaliado pela Direção Técnica ou Jurídico, conforme normas de sigilo e LGPD. Documento de identificação pessoal do solicitante (CNH ou RG), Declaração de óbito do paciente, cópia ou digitalização frente e verso.

DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/____/____

1. Dados do Paciente

Nome Completo (não abreviar): _____

Nome da Mãe (não abreviar): _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF do Paciente: _____

2. Documento Solicitado

- () Prontuário de Internação
() Documentação Cirúrgica
() Prontuário de Pronto Socorro
() Prontuário de Centro Médico (Ambulatório)
() Outros: _____

Data do(s) Atendimento(s) Desejado(s) _____

Motivo da Solicitação: _____

Solicitante: _____ Telefone de Contato: _____

3. Envio de Documento Solicitado (CÓPIA DE PRONTUÁRIO)

OPÇÃO 01 – Envio eletrônico – Solicitante deve assinalar e preencher Campo de **Autorização de Envio de Prontuário/Documents por e-mail**. * Assinatura deve ser similar ao documento de identificação (CNH ou RG).
Enviar para o e-mail samehav@americamed.com.br Documento de Identificação (CNH ou RG) e Formulário devidamente preenchido, datado e assinado.

- () Envio de arquivo com senha para e-mail indicado abaixo – gratuito

Autorização de Envio de Prontuário/Documents por e-mail

Eu, _____ ciente do sigilo das informações registradas em prontuário do paciente, autorizo envio de arquivo com senha pelo Hospital, do prontuário solicitado **para o endereço de e-mail abaixo:**

E-MAIL (legível): _____

Assinatura Similar ao Documento de Identificação (RG ou CNH) que será enviado junto com o formulário: _____

OPÇÃO 02 - Retirada Presencial - Paciente retira pessoalmente na **Avenida Cauaxi, 118 - Alphaville Industrial, Barueri – SP. Atendimento de Segunda à Sexta (exceto feriados) das 08:00 às 15:00 Horas.**
Importante: Caso outra pessoa venha retirar, trazer autorização por escrito pelo paciente e documento de identificação do paciente e responsável pela retirada (CNH ou RG).

E-mail para aviso de retirada: _____

- () Impressão de cópia física – R\$ 0,20 por página – Envelope lacrado
() Gravação em pen drive – R\$ 50,00 (valor fixo) – Pen drive com senha

4. Confirmação de Recebimento de Documento Retirado Presencialmente

Declaro que recebi presencialmente os documentos mencionados acima em: ____/____/____

Responsável pela Retirada: _____