

### 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: [sameh9j@americasmed.com.br](mailto:sameh9j@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:
<b>Próprio Paciente (maior 18 anos)</b>	Documento de Identificação pessoal com foto do paciente (CNH ou RG), cópia ou digitalização frente e verso.
<b>Próprio Paciente – Relativamente capaz (entre 16 e 17 anos e 11 meses)</b>	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.
<b>Pacientes menores de 16 anos</b>	Solicitação a ser realizada pelos responsáveis legais. <b>Pais:</b> 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 <b>Tutela/Guarda:</b> 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.
<b>Terceiros (Paciente Lúcido)</b>	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.
<b>Representante Legal (Pacientes incapazes/ com incapacidade transitória)</b>	<b>Procuração:</b> 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 <b>Curatela:</b> 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.
<b>Falecimento do paciente</b>	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.

## SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO / DOCUMENTOS

Preencha este documento com letra legível e sem abreviações

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/Documentos por e-mail**. \* Assinatura deve ser similar ao documento de identificação (CNH ou RG).  
Enviar para o e-mail [sameh9j@americasmed.com.br](mailto:sameh9j@americasmed.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/Documentos 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 no **End.: Rua Peixoto Gomide, 613 – térreo do bloco B – Cerqueira Cesar**. 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: \_\_\_\_\_