



SOCIEDADE PROVEDORA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE COLATINA

CNPJ 13.769.132/0001-24

Av. Fedelis Ferrari, S/N – Bairro José de Anchieta CEP 29.709-031

Colatina – Espírito Santo – Fone: (027) 3120-8260

Formulário para 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 à Auditoria de Prontuário do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Colatina, que avaliará a legalidade da solicitação. Para informações ligue: **(27) 3120-8260**.

PARTE 1) Instrução e informações legais (leia com atenção!):

Todas as informações sobre a assistência prestada ao paciente no **Hospital Santa Casa de Misericórdia de Colatina** 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 somente será autorizada mediante o preenchimento da **Parte 2** deste formulário, **pelo próprio paciente**. O paciente pode autorizar outra pessoa para fazer a retirada da cópia.

É obrigatória a apresentação do documento de identificação original com foto e cópia, tanto do paciente quanto da pessoa autorizada a retirar a cópia do prontuário, quando for o caso.

B) PACIENTE VIVO E INCAPAZ:

Havendo qualquer tipo de impedimento do paciente, a solicitação para fornecimento da cópia do prontuário será realizada mediante o preenchimento da **Parte 3** deste formulário, pelo representante legal atuante de direito ou **guardião/responsável de menores**, com **firma reconhecida em cartório**. É obrigatória a apresentação do documento que comprove a situação de representante legal do paciente: cópia autenticada de termos de tutela/ curatela ou de procuração lavrada em cartório e que outorgue os poderes específicos para retirada de cópias de prontuários; cópia de certidão de nascimento do paciente menor de idade; cópias do documento de identificação do paciente e do representante legal. O próprio representante legal deverá retirar a cópia do prontuário.

C) PACIENTE JÁ FALECIDO: O Conselho Federal de Medicina (CFM) recomenda que cópias de prontuários de pacientes falecidos sejam entregues somente mediante mandado judicial ou autorização expressa prévia deixada pelo próprio paciente, ainda em vida. Neste caso, as cópias podem ser entregues ao cônjuge/companheiro, ou ainda aparentes em linha reta ou colaterais até o quarto grau, obedecendo a ordem de vocação hereditária e mediante comprovação do vínculo alegado, conforme a Recomendação nº 03/2014 do CFM. A assinatura do solicitante deverá ter reconhecimento em cartório e cópias autenticadas dos documentos comprobatórios de identidade e vínculo com o paciente falecido serão exigidas. Apenas o solicitante, pessoalmente, poderá retirar as cópias.

O prazo para a entrega da cópia do prontuário é de 15 (quinze) dias após a liberação pela Auditoria de Prontuário do Hospital. 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.

PARTE 2) PACIENTE VIVO E CAPAZ:

Nome completo do paciente:

Nº do RG do paciente:

Telefone de contato:

E-mail:

Endereço completo do paciente:

Detalhes do prontuário solicitado (especificar se é de internação, consulta ou Pronto Atendimento, que período.)

Motivo da solicitação:

Nome completo da pessoa autorizada a retirar a cópia:

Nº do RG e telefone da pessoa autorizada a retirar a cópia:

_____/_____/_____
Data da Solicitação

Assinatura do paciente

PARTE 3) PACIENTE VIVO E INCAPAZ:

Nome completo do representante legal:

Nº do RG do paciente:

Telefone de contato:

Endereço completo do representante legal:

Nome Completo do paciente:

Detalhes do prontuário solicitado (especificar se é de internação, consulta ou pronto atendimento, que período).

Motivo da solicitação:

Obs.: anexar documentação que comprove a situação de representante legal ou de guardião responsável do paciente.

_____/_____/_____
Data da Solicitação

Assinatura do representante legal

PARTE 4) PACIENTE FALECIDO

Nome do Paciente:

--

Nome do Requisitante:

R.G.:

--	--

Grau de Parentesco (anexar Comprovante):

Motivo de Solicitação

--	--

Data da Solicitação: ____ / ____ / ____

Assinatura (reconhecer firma)

PARTE 5) PARA USO DO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE COLATINA

Nome de quem recebeu a solicitação de cópia:

Data e assinatura:

--	--

Observações adicionais:

PARTE 6) REVISÃO DO PRONTUÁRIO (USO DO MEDICO):

Parecer do medico:

Data e assinatura do medico:

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____
--

PARTE 7) TERMO DE RECEBIMENTO, COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE:

Declaro, para fins de direito, que eu, _____, recebi a cópia do prontuário especificado nesta solicitação de copia de prontuário, e declaro estar ciente que é minha inteira responsabilidade a manutenção do sigilo das informações do mesmo, submetendo-me à legislação vigente.

____ / ____ / ____

Data do recebimento

Assinatura do paciente ou representante legal

ATENÇÃO:

O prontuário será disponibilizado **gratuitamente** das seguintes formas: **E-mail e Mídia gravável (DVD, PEN DRIVE).**

OBS.: O DISPOSITIVO DE ARMAZENAMENTO NÃO SERÁ DISPONIBILIZADO PELO HOSPITAL, SENDO RESPONSABILIDADE DO SOLICITANTE A AQUISIÇÃO. TAL DISPOSITIVO DEVE ESTAR LIMPO, SEM NENHUM OUTRO CONTEÚDO.

Caso o solicitante opte por **cópia impressa** será cobrado taxa de R\$0,20 por página.

Declaro estar ciente das formas de disponibilização de prontuário e opto pela seguinte forma:

☐ DVD

EMAIL

IMPRESSO

PEN DRIVE

Assinatura do Requerente

No momento da retirada deve ser apresentado o original do Documento de Identidade (RG) com foto e assinatura.