

**Solicitação de Prontuário Médico
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME**

Eu, _____, responsável pelo paciente
_____, solicito cópia do **PRONTUÁRIO MÉDICO** do
referido paciente, com a finalidade de
_____.

Referente aos atendimentos prestados nos períodos:

No período de: ____/____/____ á ____/____/____

No período de: ____/____/____ á ____/____/____

No período de: ____/____/____ á ____/____/____

Prazo para à entrega:

() DPVAT – 07 dias úteis. () Outras finalidades – 15 dias úteis.

Opção de cópia:

() Via impressa Valor: R\$ 0,50 por página. PAGO () SIM () NÃO

() Via digital Valor: Gratuito. OBS: enviado por e-mail.

Solicitante:

Nome: _____

Contato: _____

Grau de parentesco: () próprio paciente () procurador () outros _____

E-mail para envio: _____

OBSERVAÇÕES:

- No ato da solicitação, obrigatório anexar imagem legível do documento oficial com foto.
- É necessário que este formulário seja assinado pelo solicitante, com reconhecimento de firma ou assinada digitalmente padrão ICP Brasil.
- **Pessoas autorizadas a solicitar:**
 - O próprio paciente;
 - Pai / Mãe do paciente (Necessário anexar documento oficial com foto);
 - Cônjuge do paciente (Necessário anexar documento com foto e Certidão de Casamento);
 - Procuradores: **PROCURAÇÃO PÚBLICA** que conste a finalidade de solicitação e retirada do prontuário médico.

Solicitação:

Data ____/____/____

Ass.: _____