

SOLICITAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Nº protocolo: _____

Ticket: _____

Eu, _____,
portador(a) do RG nº _____, inscrito(a) no CPF nº _____, nascido(a)
em ____/____/____, residente e domiciliado(a) no
endereço _____,

Nº _____, CEP _____, Bairro _____, Cidade _____

Estado: _____,

Na qualidade de:

☐ Paciente;

☐ Responsável legal de _____, nascido em ____/____/____;

Solicito, _____

para fins de _____

Pela presente solicitação, na impossibilidade de retirar pessoalmente o(s) documento(s),
autorizo o Complexo Hospitalar Santa Casa a entregar para o(a) Sr.(a)
_____, portador do RG
nº _____ e inscrito no CPF nº _____, o(s) documento(s)
em meu nome.

Importante: estou ciente que a documentação estará disponível para retirada após 15 dias úteis da data solicitada. Caso o documento não seja retirado no prazo máximo de 60 dias após a liberação, a solicitação será cancelada, devendo o solicitante preencher uma nova solicitação e aguardar novo prazo de entrega. Para liberação do prontuário é necessário apresentar e anexar cópia dos documentos identificadores da pessoa autorizada e/ou paciente.

Autorizo a produção do documento em:

☐ Gravação em Pen drive (R\$ 25,00)

Telefone(s): _____ E-mail: _____

Observação: _____

Data da solicitação: ____/____/____

Assinatura do paciente/responsável legal

PARA USO DA DIRETORIA TÉCNICA E SUPERINTENDÊNCIA

☐ Deferido ☐ Indeferido

Motivo:

Data: ____/____/____

Diretor Técnico
Assinatura e Carimbo

☐ Deferido ☐ Indeferido

Motivo:

Data: ____/____/____

Superintendência
Assinatura e Carimbo

TERMO DE RETIRADA

Declaro para devido fins de direito, que eu, _____,
na qualidade de _____,
portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____, recebi
a documentação:

devidamente paga através do recibo nº _____ e estou ciente que é minha inteira
responsabilidade a manutenção do sigilo das informações do mesmo, submetendo-me à
legislação vigente.

Data ____/____/____

Assinatura do paciente/responsável legal