

**REQUERIMENTO PARA CÓPIA DE PRONTUÁRIO**

FOR.SAME.002

Versão: 001

Vigor: 29/05/2024

Nº do Requerimento: _____

Eu _____ venho por meio deste
solicitar cópia de: _____**Outras informações**

Necessita da cópia do prontuário na sua totalidade? Sim () Não ()

Precisa de algo específico do prontuário? Sim () Não (); Em caso positivo, descreva:

Dados do paciente

RG: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Período do prontuário: ____/____/____ a ____/____/____

Telefones: _____

Dados do requerente

RG: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Telefones: _____

Parentesco: _____ Grau de parentesco (se houver) _____

Documentos necessários (em caso de paciente vivo)

- RG e CPF do requerente; RG e CPF do paciente; Carta do paciente, escrita a próprio punho, autorizando a pessoa a solicitar cópia do prontuário.

Documentos necessários (em caso de paciente falecido)

- RG e CPF do requerente; RG e CPF do paciente; Declaração de óbito; Documento para comprovação de grau familiar.

Declaro sob as penas da Lei, que os dados informados acima são verdadeiros e que tenho pleno conhecimento do sigilo das informações contidas no documento requerido, bem como da responsabilidade civil e criminal pela indevida publicação e utilização das informações de acordo com a última Recomendação do Conselho Federal de Medicina CFM nº 3/14.

Obs: Somente o próprio requerente pode retirar, (em outros casos somente com a documentação necessária).

Valor do Xerox: RS 0,25 (cada cópia); Prazo de entrega do documento: 30 (trinta) dias úteis.

São José dos Campos ____/____/____. Assinatura (Requerente) _____