



Solicitação de Cópia de Documentação de Paciente

Processo 41010.

Data / /

DADOS DO PACIENTE

NOME

PRONTUÁRIO

NOME SOCIAL

CARTÃO SUS

NOME DA MÃE

DATA DE NASCIMENTO / /

RG / CIN

CPF

ENDEREÇO ATUAL

RUA

Nº

BAIRRO

COMPL.

CEP

CIDADE

ESTADO

DADOS DO SOLICITANTE

NOME

GRAU DE PARENTESCO

DATA DE NASCIMENTO / /

RG / CIN

CPF

ENDEREÇO

RUA

Nº

BAIRRO

COMPL.

CEP

CIDADE

ESTADO

TELEFONE

CELULAR

DOCUMENTAÇÃO RECEBIDA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Documento de Identificação (paciente) | <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência (paciente) |
| <input type="checkbox"/> Documento de Identificação (solicitante) | <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência (solicitante) |
| <input type="checkbox"/> Comprovação de grau de parentesco (até 4º grau) | <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito |
| <input type="checkbox"/> Procuração Pública | <input type="checkbox"/> Procuração Particular – (firma reconhecida em cartório) |
| <input type="checkbox"/> Carteira de Identificação da OAB | <input type="checkbox"/> Ofício/Mandado/Sentença |
| <input type="checkbox"/> Comprovação de união estável | <input type="checkbox"/> Justificativa da necessidade da Declaração de Internado |

PROTOCOLO DE ENTRADA DE PEDIDO DE DOCUMENTAÇÃO

Hospital Portugal Ramalho – Setor de Protocolo – Fone: (82) 3315-5657

Processo: 41010. _____ Previsão de Entrega: ____/____/____

Solicitante: Paciente Procurador Advogado Terceiros

Nome: _____

Documentação Solicitada: _____

- ✓ Para receber o documento solicitado, o paciente/solicitante deverá comparecer pessoalmente, apresentar toda documentação necessária à liberação e comprovar sua identidade.

DOCUMENTAÇÃO SOLICITADA		
<input type="checkbox"/> Cópia de Prontuário	<input type="checkbox"/> Ficha de Emergência	
<input type="checkbox"/> Declaração de Internamento	<input type="checkbox"/> Declaração de Internado	
DESTINAÇÃO DA SOLICITAÇÃO		
<input type="checkbox"/> Previdenciário	<input type="checkbox"/> Acompanhamento médico especializado	
<input type="checkbox"/> Jurídico	<input type="checkbox"/> Não informado	
OBS:		
ASSINATURA		
<p>Declaro, que fui informado acerca do prazo máximo de entrega das cópias, o qual será de até</p> <p><input type="checkbox"/> 15 dias (Prontuário do HEPR) <input type="checkbox"/> 24 horas (Declaração de Internado)</p> <p><input type="checkbox"/> 20 dias (Prontuário dos Núcleos de Atendimento Externo - PISAM, CAPS CV e CAPS AD)</p> <p>contados da efetiva solicitação, com documentos necessários para tanto.</p> <p>Em relação autorização de registro do CID-10 na Declaração de Internamento:</p> <p><input type="checkbox"/> autorizo o registro do CID-10</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO autorizo o registro do CID-10</p> <p>Maceió, ____/____/____</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura do Solicitante</p>		
RESPONSÁVEIS		
Protocolo / Conferência	DMED / Aprovação	SAME / Conferência
Assinatura	Assinatura	Assinatura

EM BRANCO