

ANEXO
(ORDEM DE SERVIÇO N° 144/2013)

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO
(PACIENTE É O PRÓPRIO REQUISITANTE)

Senhor Diretor do Departamento Médico,

Eu, _____, ponto n° _____, documento de identidade n° _____, expedido por _____ venho pelo presente documento, solicitar seja concedida cópia de:

- Prontuário Médico integral n° _____
- Exames e atendimentos realizados no período: _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____.
- Exame _____ realizado no dia: _____ / _____ / _____.
- Atendimento _____ realizado no dia: _____ / _____ / _____.

Caso o requisitante não possa retirar a cópia do prontuário, anexar Autorização e cópia da identidade.

Brasília, / /

Termo em que pede e espera
deferimento,

Assinatura/Ponto

Recebi a cópia em ____/____/____

Assinatura/Ponto

Identificação verificada por:
Servidor:

Ponto:

Ciente,

Dr. Luiz Henrique H. Hargreaves
Diretor

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, ponto _____
autorizo, _____, documento de
identidade nº _____ expedido por _____, a
representar-me e receber cópia dos documentos assinalados abaixo, que
estão sob posse do Departamento Médico da Câmara dos Deputados.

Prontuário Médico integral nº _____

Exames e atendimentos realizados no período: _____/_____/_____
a _____/_____/_____.

Exame _____ realizado no dia: _____/_____/_____.
Atendimento _____ realizado no dia: _____/_____/_____.

Brasília, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura

Observação: Anexar cópia da identidade do paciente.

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO (REQUISITANTE NÃO É O PACIENTE)

Senhor Diretor do Departamento Médico,

Eu, _____, documento
de identidade nº _____ expedido por
_____ venho pelo presente documento, solicitar seja
concedida cópia de:

Prontuário Médico integral nº _____

Exames e atendimentos realizados no período: _____/_____/_____
_____/_____/_____.

Exame _____ realizado no dia: _____/_____/_____.
 Atendimento _____ realizado no dia: _____/_____/_____.

Por motivo de:

- Dependente Legal menor de idade, entre 12 e 18 anos incompletos*;
- Dependente Legal menor de idade, até os 12 anos incompletos*;
- Dependente inválido (*Procuração específica para esse fim, em cartório*);
- Paciente falecido (*Autorização judicial*);
- Paciente internado e impossibilitado de proceder às formalidades de requisição*;

Observações:

* A serem autorizados pela direção deste Departamento.

-Anexar cópia da identidade do paciente

-Em caso de hospitalização do paciente, a cópia do prontuário será enviada ao hospital.

Brasília, ____/____/____

Termo em que pede e espera deferimento,	Recebi a cópia em ____/____/____
_____ Assinatura/Ponto	_____ Assinatura/Ponto

Identificação verificada por: Servidor: _____ Ponto: _____	Ciente, _____ Dr. Luiz Henrique H. Hargreaves Diretor
---	--

**DADOS DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR PARA ENCAMINHAMENTO DE CÓPIA OU
INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO MÉDICO DE PACIENTE IMPOSSIBILITADO DE
PROCEDER ÀS FORMALIDADES DA REQUISIÇÃO DE CÓPIAS**

Eu _____, CPF nº _____,
(grau de parentesco) do paciente _____, residente e
domiciliado à _____, telefone _____, informo que o referido paciente encontra-
se internado e impossibilitado, por estado grave de saúde, a
proceder às formalidades para requisição de cópias total ou parcial
de seu prontuário médico. Comprometo-me, sob as penas da lei, com a
veracidade das informações aqui declaradas.

Brasília, ____/____/____

Assinatura

Nº prontuário do paciente	
Nome da Instituição Hospitalar onde o paciente encontra-se internado	
Endereço	
Telefone	
Médico Responsável	

Indicação de fiscal de contrato

Ponto Servidor
6089 Ieda Carvalho Braga
6067 Suely Moreira do Nascimento

Contrato
2013/089.0
2013/089.0

Cargo
Fiscal
1º substituto