

ANEXO
(ORDEM DE SERVIÇO Nº 144/2013)

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

Senhor Diretor do Departamento Médico,

Eu, _____,
ponto nº _____, 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: ____/____/____ 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: ____/____/____ a
____/____/____.

☐ 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, _____ Assinatura/Ponto | Recebi a cópia em _____/_____/_____ _____ 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