

**REQUISIÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO**

**REPRESENTANTE LEGAL OU PROCURADOR DEVIDAMENTE CONSTITUÍDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
estado civil \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_,  
naturalidade \_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_\_\_,  
nº do CPF \_\_\_\_\_, nº do R.G. \_\_\_\_\_,  
endereço completo \_\_\_\_\_,  
solicito a extração de cópias do prontuário médico do paciente

\_\_\_\_\_  
estado civil \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_,  
naturalidade \_\_\_\_\_, nº do CPF \_\_\_\_\_,  
nº do R.G. \_\_\_\_\_, relativo ao período de ( \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_).

**Grau de Parentesco**

Procurador

Procuração devidamente autenticada deve ser enviada juntamente com a Requisição.

Curador

Documento comprobatório da curatela deverá ser enviado juntamente com a Requisição.

Representante Legal

Paciente menor de idade – Documento comprobatório deverá ser enviado juntamente com a  
Requisição.

**Favor sinalizar Hospital referente a solicitação**

- Hospital São Lucas  
 Hospital São Lucas Ribeirania  
 Hospital Especializado de Ribeirão Preto

**Informamos que as cópias não serão físicas e sim digitalizadas, e serão enviadas para o e-mail informado abaixo.**

**E-mail:**

**Cópia digitalizada valor de R\$ 0,15 por página + taxa de desarquivamento e arquivamento.**

Para maior clareza, firmo o presente,

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinar e reconhecer firma da assinatura

\_\_\_\_\_  
Diretoria Clínica

Data:

\_\_\_\_\_  
Enfermagem

Data:

Telefone p/ contato 1: (      ) \_\_\_\_\_

Telefone p/ contato 2: (      ) \_\_\_\_\_

#### Observações

1. Após o preenchimento e reconhecimento de firma documento scaneado deverá ser enviada através do e-mail: [prontuario@gruposaolucas.com.br](mailto:prontuario@gruposaolucas.com.br).
2. O prazo para envio do link do arquivo será de até 30 (trinta) dias.
3. O envio do link fica condicionado ao pagamento, sendo a contagem do prazo para envio a partir do recebimento.
4. Pedidos irregulares (que não atendam às exigências) não serão aceitos.
5. A comprovação de parentesco se dará por meio de:
  - Certidão de Casamento ou de União Estável (Cônjuge/Companheiro);
  - RG e CPF ou CNH (todos os requerentes deverão enviar);
  - Certidão de Nascimento (Pais; Avós);
  - Demais documentos que se fizerem necessários a fim de comprovar a relação (Irmãos; Netos; Tios; Sobrinhos; Bisnetos; Bisavós; Primos).
6. Documentação adicional poderá ser solicitada pelo Hospital após análise da Requisição.
7. Seguindo a Recomendação 03/2014 do Conselho Federal de Medicina, caso o paciente tenha manifestado expressamente sua objeção quanto à divulgação de seu prontuário após a sua morte, o Hospital não fará a entrega da cópia ao familiar requerente.
8. O Hospital respeitará a ordem de vocação hereditária, iniciando-se pelo cônjuge/companheiro e seguindo os graus de parentesco conforme determinado acima. Ex.: Requisição pelo 1º grau somente será aceita caso inexista cônjuge/companheiro sobrevivente, e assim por diante.