	FORMULÁRIO			
	SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS			
	SETOR DE ARQUIVO MÉDICO E PACIENTES - SAMP			
	Código: F.S.Doc - 002	Data 31/03/2020	Revisão: 1.1	Nº Página: 01
	Elaborado por:	SAMPP	Revisor por:	Setor Jurídico
Documento Aprovado por:		Diretoria Geral		

Quem pode solicitar: O próprio paciente; Pai e mãe no caso de paciente menor, apresentando cópia da certidão de nascimento do mesmo; terceiro devidamente munido com procuração pública, em caso de óbito a família deverá comprovar o vínculo de parentesco (Declaração de óbito. Documentos de identificação do requerente e paciente).

Requerente	
Nome:	
Telefone:	
Motivo da Solicitação:	Convênio:
Período de atendimento 01: ____/____/____	Período de atendimento 02: ____/____/____

Paciente:	
Nome:	
Data de nascimento: ____/____/____	CPF: _____


Documentos solicitados:	
<input type="checkbox"/> Cópia de Prontuário	Prazo de entrega: 10 dias úteis
<input type="checkbox"/> () Cópia de processo () Medicação () Cirúrgico () Transferência	Prazo de entrega: 72 h úteis
<input type="checkbox"/> Declaração de internação do Paciente	Prazo de entrega: 72 h úteis
<input type="checkbox"/> Declarações Jurídicas	Prazo de entrega: 05 dias úteis
<input type="checkbox"/> Relatório Médico (Laudo) ou Parecer	Prazo de entrega: 15 dias úteis
<input type="checkbox"/> Outros	Prazo de entrega: 10 dias úteis

Documentos do paciente anexos a esta solicitação	
<input type="checkbox"/> Cópia de Carteira de Identidade (Documento oficial com foto)	
<input type="checkbox"/> Cópia da Certidão de nascimento / RG (Menor)	
<input type="checkbox"/> Cópia de Certidão de Casamento	
<input type="checkbox"/> Cópia de Certidão de Óbito	
<input type="checkbox"/> Procuração	

Assinaturas	
Requerente	_____
Recepção eletiva	Data: ____/____/____
Diretoria Técnica/ Médica	Data: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Não deferido _____
Diretoria Geral	Data: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Não deferido _____

Entrega de Documentos	
<input type="checkbox"/> Declaro que recebi todas as cópias e/ou documentos solicitados no dia: ____/____/____	_____
Assinatura - Responsável pelo recebimento / Requerente	

Destaque este comprovante para o requerente.

	Comprovante de solicitação de documentos	
	Data: ____/____/____	Requerente: _____
	Atendente: _____	
	Documento Solicitado	

IMPORTANTE: Os documentos solicitados são entregues mediante a apresentação deste comprovante ou documento de identificação com foto, de segunda a sexta-feira das 7h às 12h/13h às 18h. Após dois meses da solicitação, os documentos são arquivados e entregues somente após agendamento em: (98) 2107-5297. Valor da cópia: R\$0,50/folha, cobrado na entrega.

(Prazos de entrega: Cópia de Prontuário (10 dias úteis); Cópia do processo (72h úteis); Declaração de internação (72h úteis); Declarações Jurídicas (05 dias úteis); Relatório de visitantes (72h úteis) Relatório Médico (15 dias) e outros (10 dias úteis).