



TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONFIDENCIALIDADE

Eu, _____,
CPF nº _____, fui autorizado a ter acesso à cópia do prontuário do
paciente _____, em
conformidade com a Recomendação CFM nº 03/2014. Nesse sentido, comprometo-me
com o sigilo e a confidencialidade dos dados do paciente, constantes nesse prontuário,
estando sujeito às penalidades previstas na lei.

Assinatura

Manaus, Amazonas, _____ de _____ de _____.



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DA CÓPIA DE DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTE

DADOS DO PACIENTE		
Nome do paciente:		Nº do prontuário:
Nome da mãe:		
RG:	Data de nascimento:	
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	UF:
Contato/Telefones:		

DADOS DO SOLICITANTE:		
Nome do solicitante:		
Grau de parentesco:		
RG:	Data de nascimento:	
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	UF:
Contato/Telefones:		

DOCUMENTAÇÃO SOLICITADA		
<input type="checkbox"/>	Cópia de prontuário ambulatorial	<input type="checkbox"/> 2ª Via de laudos e exames
<input type="checkbox"/>	Cópia de prontuário hospitalar	<input type="checkbox"/> Outros:
OBS: _____ _____ _____		

SOLICITAÇÃO PARA FINS:		
<input type="checkbox"/>	Previdenciários	<input type="checkbox"/> Acompanhamento médico especializado
<input type="checkbox"/>	Jurídicos	<input type="checkbox"/> Não Informado
OBS: _____ _____ _____		

O solicitante declara estar ciente do prazo necessário. De 05 (cinco) DIAS ÚTEIS para entrega da documentação solicitada.

Assinatura do solicitante

Data da solicitação: ____ de ____ de ____ .



USO EXCLUSIVO DO SOLICITANTE SOMENTE NO ATO DA RETIRADA:

O solicitante declara que retirou as cópias requeridas nessa Unidade Hospitalar.

Manaus- AM, _____ de _____ de _____

Assinatura do solicitante



DOCUMENTAÇÕES EXIGIDAS PARA FINS PREVIDENCIÁRIOS E SOCIAIS



Documentação para Auxílio Doença/ Benefício por Incapacidade Temporária:

- Relatório médico detalhado
- Exame de Carga Viral
- 2 Últimas Consultas

Documentação para saque FGTS:

- Resultado de testagem rápida (HIV+) ou exames comprobatórios de hepatopatia grave (p/ hepatopatas)
- Formulário de relatório médico específico da CAIXA, preenchido.

Documentação para Benefício de Prestação Continuada (BPC):

- Relatório médico detalhado (diagnóstico, história clínica do paciente, tratamentos e limitações no trabalho), explicando o motivo pelo qual o paciente não pode trabalhar.
- Exame de Carga Viral (HIV+) ou exames comprobatórios de hepatopatia grave (p/ hepatopatas)
- Resumo de Alta.

Inscrição Passa Fácil e Inscrição no CAD Único / CRAS

Via Serviço Social. **Não** é necessário relatório médico.

Cópia de prontuário: Apenas para fins jurídicos. – Assessoria Jurídica/Parecer

**Tabela exclusiva para permanência nos setores.*