

 	FORMULÁRIO	SAME.02.FORM.006
	SOLICITAÇÃO EXTERNA	Rev.01 – 15.09.2020

Usos Restrito do SAME		
Nº Prontuário: _____	Nº Atendimento: _____	Atendente: _____
<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Convênio	Doc's Anexo: _____
Atendimento no Hospital: <input type="checkbox"/> Hospital Albert Sabin <input type="checkbox"/> Hospital Anna Nery		

Informação do Paciente		
Nome do Paciente: _____		
Data de Nasc.: ____/____/____	RG: _____	CPF: _____
Nome da Mãe: _____		
Nome do Pai: _____		

Documentos/ Prontuários Solicitados		
Período do Atendimento: ____/____/____ à ____/____/____		
<input type="checkbox"/> Prontuários de Internação	<input type="checkbox"/> Ficha de Atendimento Pronto Socorro	
<input type="checkbox"/> Declaração de Comparecimento	<input type="checkbox"/> Exames: _____	
<input type="checkbox"/> Outros: _____		

Finalidade da Documentação		
<input type="checkbox"/> DPVAT	<input type="checkbox"/> Benefício de INSS/ Seguro/ Inventário	<input type="checkbox"/> Ação Judicial
<input type="checkbox"/> Reembolso	<input type="checkbox"/> Comprovante de Comparecimento	<input type="checkbox"/> Encaminhamento Médico
Outros: _____		

Solicitação		
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Responsável	<input type="checkbox"/> Representante legal
Nome do Solicitante: _____		Grau de Parentesco: _____
____/____/____	____:____	Telefone: _____
Data	Hora	Assinatura do Paciente/ Responsável Legal
		Celular: _____
Será cobrado as despesas com as Cópias Xerográficas no Valor R\$ 0,30 (por folha).		

Autorização Uso Restrito do SAME	Recebimento
_____ Diretor Médico Data: ____/____/____	_____ Jurídico Data: ____/____/____
	_____ Paciente/ Responsável Legal Data: ____/____/____

Protocolo	
Nome do Paciente: _____	
Nome do Solicitante: _____	
Data da Solicitação: ____/____/____	Data Prevista da Entrega: ____/____/____
Atendente do SAME: _____	
Orientações: Será cobrada as despesas com as Cópias Xerográficas no valor de R\$ _____ (por folha). Previsão de Entrega em (____) dias úteis.	Contato: same@annanery.com.br Telefone: 3574-9700 / Ramal: 9851 Funcionamento: Seg. a Sex. de 08 às 18:
O prazo para retirada do documento, presencialmente, é de 30 dias corridos a partir da data prevista para entrega. Após esse prazo as cópias serão descartadas, caso o paciente deseje requisitar novamente o prontuário, será necessário iniciar um novo processo de solicitação.	