

REQUERIMENTO

1. DADOS DO REQUERENTE

Nome completo _____

Posto/Grad/Civil: _____ CPF: _____ Telefone: _____

Data Nascimento: _____ E-mail: _____

Nome da mãe: _____

Endereço: _____

OBJETO DO REQUERIMENTO:

FINALIDADE:

2. ANEXOS:

Brasília – DF, _____

ASSINATURA REQUERENTE

Obs: estou ciente das observações/recomendações constantes na página abaixo:

OBSERVAÇÕES/RECOMENDAÇÕES

1. Preencher o Requerimento com **letra legível**.
2. No campo "**Objeto do Requerimento**" escreva, com clareza, o que deseja do HFA. Exemplos:
 - a. “**CÓPIA INTEGRAL DO PRONTUÁRIO MÉDICO**”; e
 - b. “**CÓPIA PARCIAL DO PRONTUÁRIO MÉDICO, PERÍODO DE 2012 ATÉ 2018**”.
2. no campo "**Finalidade**" informe para qual fim é o documento solicitado (**JUSTIÇA, CONTINUAR TRATAMENTO OUTRO HOSPITAL, ARQUIVO PESSOAL**, etc);
3. ANEXAR DOCUMENTO OFICIAL COM FOTO; e
4. **Estou ciente de que a tramitação de prontuários por e-mail** exige cuidados devido à falta de segurança do sistema eletrônico de segurança (em conformidade a: Lei nº 13.709/18; Resolução CFM nº 1605/2000; Resolução CFM nº 1638/2002 e Resolução CFM nº 1821/2007).
4. A Seção de Protocolo informará o Número Único de Protocolo (**NUP**) e o telefone do setor responsável pelo documento.
5. DÚVIDAS: ligar para (61) 3966 2148