

INSTRUÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE LAUDOS E RELATÓRIOS MÉDICOS

1. Regras para solicitação de Laudos e Relatórios Médicos

- O momento para solicitação de novos *Laudos e Relatórios Médicos* é durante a consulta.
- Havendo necessidade de **retificação** de *Laudos e Relatórios Médicos*, a solicitação deverá ser feita diretamente ao Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), através do e-mail sac@psiquiatriapaulista.com.br, **mediante apresentação do Laudo ou Relatório incompleto ou com erro.**
- Solicitações de emissão de **novos Laudos e Relatórios Médicos só serão aceitas em caso de perícia no INSS agendada**, devendo apresentar comprovante de agendamento, e **desde que a necessidade do documento tenha sido previamente informada ao médico durante a última consulta e que esta tenha ocorrido há, no máximo, 30 (trinta) dias.**
- Terceiros poderão fazer solicitações exclusivamente nos seguintes casos:
 - Pais de **filhos menores**, mediante apresentação de:
 - Documento pessoal com foto do paciente; e
 - Documento pessoal com foto do solicitante.
 - Familiares de **paciente falecido**, sendo permitida a solicitação por cônjuge ou companheiro(a), e na comprovada inexistência ou impedimento deste, pelos sucessores em linha reta (pais, avós, filhos, netos). Nos casos de sucessores colaterais até o 4º grau (irmãos, sobrinhos, tios), deve ser comprovada a inexistência ou impedimento dos sucessores em linha reta e do cônjuge/companheiro(a). A solicitação deve ser feita mediante apresentação de:
 - Documento pessoal com foto do paciente;
 - Documento pessoal com foto do solicitante que comprove parentesco;
 - Certidão de óbito; e
 - Documento que comprove inexistência ou impedimento de sucessores com preferência hereditária (cônjuge > sucessores em linha reta > sucessores colaterais).
 - Representantes legais de **pacientes incapazes**, mediante apresentação de:
 - Documento pessoal com foto do paciente;

- Documento pessoal com foto do solicitante; e
 - Termo de interdição do paciente assinado por juiz.
- O pedido será analisado, sendo aceito apenas nos casos previstos no item 1 acima. Estando a solicitação admissível, ela será encaminhada ao médico responsável pelo atendimento ou, na ausência deste, e sendo possível a substituição do profissional para a elaboração do documento, ao médico plantonista.

2. Como solicitar

- Preencha o **Formulário de Solicitação de Documentos Médicos**, disponível na [Área do Paciente – IPP](#).
- O formulário deverá ser **assinado** com:
 - **Firma reconhecida em cartório**; ou
 - **Assinatura digital via e-Gov** ([clique aqui para assinar](#)).
- Encaminhe o formulário por e-mail para o endereço: sac@psiquiatriapaulista.com.br, **juntamente com**:
 - Cópia do documento pessoal do paciente (RG ou CNH com CPF);
 - Documentação do representante legal descrita no item 1, se aplicável;
 - Laudo ou Relatório Médico incompleto ou com erro, no caso de necessidade de correção; e
 - Comprovante de agendamento de perícia no INSS, se aplicável.

3. Retirada do Documento

O paciente ou o representante autorizado, conforme descrito no item 1, poderão requerer:

- A retirada do documento de forma presencial nas Recepções das unidades do IPP (Paulista ou Santo André), conforme regras descritas no item 3.1 abaixo; ou
- O envio do documento por e-mail, conforme regras descritas no item 3.2 abaixo.

3.1. Retirada presencial

- O paciente ou representante autorizado poderá retirar o documento presencialmente nas Recepções das unidades do IPP, **mediante apresentação dos documentos originais entregues junto ao formulário.**
- Será exigida a assinatura de **recibo**, contendo a identificação da parte, o tipo de documento retirado, número de folhas e a data de recebimento.
- Para que um terceiro realize a **retirada** de qualquer Documento Médico, deve comparecer às recepções das unidades do IPP, portando os originais dos documentos a seguir, **dos quais serão feitas cópias para arquivo:**
 - I. **Paciente vivo e capaz:**
 - a) Procuração com poderes específicos para retirada do documento (conforme exemplo contido no *item 5* desta instrução), assinada pelo paciente com firma reconhecida em cartório ou digitalmente pelo e-Gov (em caso de assinatura pelo e-Gov, a procuração deve ser enviada previamente em formato digital para possibilitar sua validação);
 - b) Documento original com foto do paciente; e
 - c) Documento original com foto do responsável pela retirada.
 - II. **Paciente filho menor:**
 - a) Documento original com foto do paciente;
 - b) Documento original com foto do solicitante;
 - c) Caso o retirante não seja o representante legal solicitante, procuração com poderes específicos para retirada do documento (conforme exemplo contido no *item 5* desta instrução), assinada pelo solicitante com firma reconhecida em cartório ou digitalmente pelo e-Gov (em caso de assinatura pelo e-Gov, a procuração deve ser enviada previamente em formato digital para possibilitar sua validação); e
 - d) Documento original com foto do responsável pela retirada.
 - III. **Paciente incapaz:**
 - a) Termo de interdição assinado por juiz;
 - b) Documento original com foto do paciente;
 - c) Documento original com foto do solicitante;

- d) Caso o retirante não seja o tutor solicitante, procuração com poderes específicos para retirada do documento (conforme exemplo contido no *item 5* desta instrução), assinada pelo tutor com firma reconhecida em cartório ou digitalmente pelo e-Gov (em caso de assinatura pelo e-Gov, a procuração deve ser enviada previamente em formato digital para possibilitar sua validação); e
- e) Documento original com foto do responsável pela retirada e

IV. **Paciente familiar falecido:**

- a) Certidão de óbito do paciente;
- b) Documento original com foto do paciente;
- c) Documento original do solicitante que comprove parentesco;
- d) Documento que comprove inexistência ou impedimento de sucessores com preferência hereditária (cônjuge > sucessores em linha reta > sucessores colaterais);
- e) Caso o retirante não seja o familiar autorizado solicitante, procuração com poderes específicos para retirada do documento (conforme exemplo contido no *item 5* desta instrução), assinada pelo solicitante com firma reconhecida em cartório ou digitalmente pelo e-Gov (em caso de assinatura pelo e-Gov, a procuração deve ser enviada previamente em formato digital para possibilitar sua validação); e
- f) Documento original com foto do responsável pela retirada.

3.2. Envio do Documento por e-mail

- O envio por e-mail será permitido mediante o preenchimento e envio do **Termo de Responsabilidade para Envio de Documento Médico**, disponível na [Área do Paciente – IPP](#), **assinado com firma reconhecida ou assinado via e-Gov**, para o e-mail sac@psiquiatriapaulista.com.br. O documento será enviado em **formato PDF**, somente ao e-mail informado no termo.

4. Prazos

- Análise da documentação: até **2 (dois) dias úteis**, podendo ser reduzido para **1 (um) dia útil** em casos de comprovada urgência. É necessário acompanhar o recebimento de novas comunicações sobre eventuais documentos faltantes.

-
- **Prazo para resposta médica:** até **7 (sete) dias corridos**, salvo nos casos em que o pedido for encaminhado a um médico específico ausente por período superior — o que será devidamente informado ao paciente.
 - **Prazo para disponibilização do documento ao paciente** após retorno médico: até **2 (dois) dias úteis**, podendo ser reduzido para **1 (um) dia útil** em casos de comprovada urgência.

5. Modelo de Procuração com Poderes Específicos para retirada de Documento Médico

O modelo de procuração a seguir (*página 6*) poderá ser utilizado em caso de retirada de Documento Médico por terceiro designado pelo paciente ou solicitante autorizado.

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: _____ (nome completo),
_____ (nacionalidade), _____ (estado civil), identidade nº
_____, órgão expedidor _____, CPF nº _____, residente e
domiciliado na _____ número _____,
bairro _____, cidade de _____, estado de _____,
CEP _____.

Vem por meio deste instrumento de procuração nomear e constituir seu procurador:

OUTORGADO: _____ (nome completo de
quem vai solicitar/retirar o Prontuário), _____ (nacionalidade), _____ (estado civil),
identidade nº _____, órgão expedidor _____, CPF nº _____,
residente _____ e domiciliado na _____
_____ número _____,
bairro _____, cidade de _____, estado de _____,
CEP _____.

PODERES ESPECIAIS:

O OUTORGANTE confere ao OUTORGADO poderes específicos para representá-lo junto ao Instituto de Psiquiatria Paulista (PSIQUIATRIA PAULISTA LTDA), autorizando-o a solicitar e retirar, em seu nome, cópia de _____, emitido em _____, na íntegra, bem como de quaisquer documentos individuais que o integrem. Declara, ainda, estar ciente de que a instituição não se responsabiliza pelo uso que vier a ser dado aos documentos entregues ao OUTORGADO.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Outorgante (com reconhecimento de firma)