

REQUERIMENTO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO DIGITAL

Todas as informações sobre a assistência prestada ao paciente no Hospital Itamed são confidenciais e protegidas por legislação vigente, portanto as cópias são liberadas por solicitação ou com a devida autorização do paciente ou de seu representante legal.

Este formulário deverá ser impresso, preenchido e assinado pelo solicitante, após deverá ser enviado junto da cópia do documento pessoal com foto do solicitante, mais foto atual portando o documento em mãos, caso a foto atual não comprove ser a mesma pessoa do documento, a assinatura da declaração abaixo deverá ter reconhecimento em cartório. Se o solicitante não for o próprio paciente, deverá ser encaminhado também cópia do documento pessoal com foto do paciente.

Dados do Paciente

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ RG: _____

CPF: _____

Outros documentos – Cite documento e nº: _____

Telefone: () _____

Escolha uma das opções abaixo, para identificar o solicitante e providenciar os documentos citados:

() Próprio paciente: cópia do documento pessoal;

() Responsável legal: cópia do documento pessoal do responsável e do paciente. No caso de menores de idade, documento que comprove a filiação. No caso de maiores, procuração com firma reconhecida e com autorização específica para solicitação de cópia de prontuário médico;

() Cônjuge do paciente: cópia do documento pessoal, certidão de casamento ou união estável atualizada e certidão de óbito do paciente ou laudo médico que comprove incapacidade do paciente (o cônjuge só possui direito à obter referida cópia em caso de óbito ou impossibilidade médica do paciente);

Dados do Solicitante

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ RG: _____

CPF: _____

Outros documentos – Cite documento e n.º: _____

Telefone: () _____

Motivo da solicitação: _____

Descrever quais atendimentos, no qual é necessário o envio da cópia do prontuário e quais itens, por exemplo: evoluções, laudo de exames, prescrições, entre outros.

Não havendo irregularidade com os documentos apresentados ou desabono legal para o fornecimento da cópia do prontuário, o prazo final para envio do prontuário ao solicitante é de 10 (dez) dias úteis. Após análise a cópia do prontuário será enviada ao solicitante no endereço de e-mail informado na declaração abaixo.

Declaração do Solicitante:

Eu _____
_____, autorizo o envio das cópias do prontuário ao endereço de e-mail _____, que afirmo estar correto.

Declaro estar ciente que, a Fundação de Saúde Itaipuapy não se responsabiliza por eventuais vazamentos de dados ocorridos após o envio das informações para o endereço de e-mail acima informado, seja por falha de segurança de seu provedor de e-mail, software malicioso no dispositivo do solicitante, ou ato ou omissão do solicitante que cause o compartilhamento ou vazamento dos dados enviados.

Assinatura do Solicitante