

SOLICITAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Eu, _____,
portador(a) do RG nº _____, inscrito(a) no CPF nº _____, nascido(a)
em ____/____/____, residente e domiciliado(a) no
endereço _____,
Nº _____, CEP _____, Bairro _____, Cidade _____,
Estado: _____.

Na qualidade de:

- ☐ Paciente
☐ Responsável legal por _____,
nascido(a) em ____/____/____, Grau de parentesco/vínculo: _____.

Solicito: _____

_____.

Pela presente solicitação, autorizo o Complexo Hospitalar Santa Casa a encaminhar os documentos para o endereço de e-mail: _____.

Importante:

Eu, _____, estou ciente de que a documentação solicitada estará disponível para envio por e-mail em até 15 (quinze) dias úteis e que, para a liberação do prontuário, é necessário anexar a esta solicitação:

- Documento de identificação com foto do solicitante;
- Documento de identificação do paciente, caso sejam pessoas distintas;
- Nos casos de terceiros, comprovação de vínculo (certidões de casamento, união estável, certidão de nascimento etc.) ou procuração com poderes específicos para o ato;
- Assinatura digital mediante certificado digital válido ou assinatura com firma reconhecida em cartório.

Declaro estar ciente de que é de minha inteira responsabilidade a manutenção do sigilo e da confidencialidade das informações contidas no prontuário, submetendo-me à legislação vigente. Confirmo que o envio da documentação deverá ser realizado para o e-mail abaixo informado, sendo de minha responsabilidade o acesso e a segurança da referida conta de e-mail: _____.

O tratamento dos dados pessoais informados nesta solicitação será realizado em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei nº 13.709/2018), exclusivamente para fins de atendimento da presente solicitação e cumprimento das obrigações legais e regulatórias aplicáveis.

Observações: _____

Telefone(s) para contato: _____

Data da solicitação: ____/____/____

Assinatura do(a) paciente/responsável legal