

REQUERIMENTO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO DE SAÚDE¹**1. DADOS DO REQUERENTE**

Nome do requerente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

CPF nº: _____

Endereço: _____ nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____

Telefone nº: (____) _____

E-mail: _____

Unidade de Saúde de Referência: _____

2. DECLARAÇÃO

O requerente, acima qualificado, vem requerer a cópia do prontuário médico:

☐ Do próprio requerente.☐ Filho(a) menor de 18 anos:

- Nome completo _____

- Data de nascimento ____/____/____.

☐ De familiar, sendo pessoa falecida (pode ser solicitado por cônjuge / companheiro, pelos sucessores legítimos em linha reta, ou colaterais até 4º grau):

- Grau de parentesco: _____

- Nome completo: _____

- Data de nascimento ____/____/____.

☐ De familiar, sendo de pessoa viva (pode ser solicitado apenas nos seguintes casos: justa causa; dever legal; autorização expressa do paciente; por requisição dos representantes legais de pessoas interditadas - com apresentação de procuração e termo de interdição. Nos casos que não se trate de incapazes, ou com autorização do paciente, só será feito via pedido judicial mediante cópia de ordem assinada por Juiz de Direito):

- Grau de parentesco: _____

- Nome completo: _____

- Data de nascimento ____/____/____.

3. DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS A SEREM ANEXADOS*** Próprio paciente:** cópia simples do RG;

¹ O presente formulário deverá ser preenchido de próprio punho pelo requerente

* **Filho(a) menor:** cópia simples do RG do requerente e cópia simples do RG ou certidão de nascimento do(a) menor;

* **Familiar falecido:** Cópia do RG do requerente e certidão de óbito que contenha informação que comprove parentesco com o requerente (caso não haja essas informações, anexar outros documentos que comprovem casamento / união estável / grau de parentesco);

* **Familiar vivo:** em caso de incapaz, cópia simples do termo de interdição assinado por juiz e cópia simples da procuração do tutor; em caso de autorizado pelo titular do prontuário, termo de autorização específico datado e assinado com firma reconhecida em cartório, cópia simples do RG do paciente, e cópia simples do RG do requerente; nos demais casos, cópia simples da ordem judicial solicitando a cópia do prontuário, acompanhada da cópia simples do RG do requerente.

4. FINALIDADE

A presente solicitação se faz necessária para fins de:

☐ INSS ou outro instituto de previdência (aposentadoria, pensões, perícias)

☐ Seguro de vida, seguro DPVAT ou demais demandas financeiras

☐ Questões judiciais diversas, como heranças, ou outras

☐ Outros, explicitar: _____

Declaro, sob as penas da legislação em vigor, que todas as informações prestadas são atualizadas e verdadeiras, e que a solicitação tem legítima motivação.

5. OUTRAS DISPOSIÇÕES

☐ Período pretendido: ____/____/____ a ____/____/____

☐ Aceito receber o prontuário ora requerido por **e-mail**

☐ Aceito receber o prontuário ora requerido por aplicativo de mensagens (**whatsapp**) no número de telefone acima informado

☐ Estou ciente de que o prontuário ora requerido **não será** disponibilizado por mídias digitais (pendrive, cartão de memória etc)

☐ Estou ciente de que **não serão** fornecidos prontuários de forma impressa

☐ Declaro ter sido informado sobre a natureza confidencial das informações contidas no prontuário médico ora requerido e sobre a minha responsabilidade em manter o sigilo dessas informações, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e o Código de Ética Médica.

Local e data:

Assinatura:
