Hospital Dia Revitalité

Itapema, _____/_____/_____

SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIO MÉDICO OU PRONTUÁRIO

Nome do Paciente: _____

CPF: _____ **Data de Nascimento:** _____/_____/_____

Telefone Residencial: ( ) _____ **Celular: ( )** _____

MOTIVO DE SOLICITAÇÃO: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

DOCUMENTOS SOLICITADOS

☐ Relatório Médico de consulta realizada em _____/_____**/202** _____.
☐ Cópia integral do prontuário médico. **RECONHECIDO EM CARTÓRIO POR AUTENTICIDADE PELO PACIENTE.**

FORMA DE ENTREGA

☐ Retirada presencial no Hospital:
Apresentar na entrega da documentação solicitada, a mesma com o reconhecimento de firma em cartório ou assinada digitalmente pelo Gov.br (**impressa**) , também a cópia digital do documento de identidade frente e verso autenticada pelo cartório ou digitalmente pelo Gov.br (**impressa**).

☐ Envio digital para o e-mail:_____
Enviar a solicitação com reconhecimento de firma em cartório ou assinada digitalmente pelo Gov.br, também a cópia digital do documento de identidade frente e verso autenticada pelo cartório ou digitalmente pelo Gov.br (ANEXOS)

A CÓPIA DIGITAL(PDF) É FORNECIDA GRATUITAMENTE, porém se o paciente/familiar direto optar por cópia impressa, acomodação em envelope timbrado, ou de forma digital tipo mídia (pendrive, CD, etc.) **o custo material da reprodução, através da uma Taxa Administrativa/TI de R$100,00(Cem Reais).**

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

Declaro, para os devidos fins, estar ciente de que os dados cadastrais e demais informações que compõem o prontuário médico são confidenciais, conforme previsto na Constituição Federal (art. 5º, X e XIV), no Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018, art. 73 e seguintes) e na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei nº 13.709/2018). O acesso, fornecimento e guarda dessas informações obedecem aos princípios da confidencialidade, segurança e sigilo profissional. Assumo inteira responsabilidade, isentando o Hospital Dia Revitalite e seus médicos de qualquer ônus decorrente, ressalvadas as hipóteses previstas em lei, renunciando, inclusive, neste ato, a todo e qualquer pedido indenizatório decorrente do encaminhamento do prontuário, de qualquer cunho, inclusive morais, em nome próprio, herdeiros ou do titular do prontuário.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA RETIRADA – apresentar formulário de solicitação.

I – Retirada pelo próprio paciente: documento de identidade com foto.

II - Retirada por representante legal: documentos pessoais do paciente e do procurador + instrumento de procuração com fins específicos.

III – Em caso de óbito, o prontuário somente será entregue a: cônjuge ou companheiro sobrevivente; ascendentes, descendentes ou irmãos legalmente identificados; representante legal designado judicialmente (inventariante, curador etc.); devendo o requerente comprovar o vínculo por documento hábil (certidão de casamento, nascimento, ou documento judicial).

PRAZOS E CONDIÇÕES

✔ O prontuário será disponibilizado em até 07 (sete) dias. Caso o prontuário solicitado corresponda a atendimentos realizados há menos de 5 anos, para quantidade de anos superior o prazo para disponibilização será de até 30 dias, em razão da necessidade de recuperação de arquivos físicos.

_____

Assinatura do Solicitante ou Representante Legal

Dr. Clício J. Dezorzi
Diretor Técnico Médico
CRM/SC 11.211 - CRM/SC Jurídico 5.520

WhatsApp: (47) 3368-9438
@hospitalrevitalite
www.hospitalrevitalite.com.br