

Ficha de Solicitação de Prontuário

Nome completo do Paciente: _____

Nome completo da solicitante: _____

Telefone: () _____ Cidade: _____

Detalhes do Prontuário Solicitado:

() Internação – Contém toda documentação do período de internação, inclusive entrada pelo Pronto Atendimento/ Emergência. Quando foi internado? Ou qual procedimento/ motivo da internação?

() Pronto Atendimento. Quando foi atendido?

() Prontuário HFC Onco

() Prontuário HFC Nefro

() Prontuário HFCMed

Todas as informações sobre o atendimento prestado ao paciente são confidenciais e protegidas por legislação. Desta forma, nos casos em que houver incompatibilidade entre assinatura e/ou foto do documento, com a assinatura ou o solicitante presencial, será solicitado reconhecimento de firma neste formulário. Ademais, todos os documentos solicitados devem estar em bom estado de conservação e visibilidade, e se assim não o for, será solicitada cópia autenticada destes.

TIPO DE SOLICITAÇÃO E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

() Paciente Vivo e Capaz - Anexar cópia do RG do solicitante. A solicitação poderá ser feita somente pelo próprio paciente.

() Paciente Menor de 18 anos - Anexar cópia do RG do solicitante. A solicitação deve ser feita somente pelo guardião/representante legal. É obrigatório anexar também cópia legível da Certidão de Nascimento ou de outro documento que comprove a guarda, e RG do paciente.

() Paciente Vivo e Incapaz (Ex.: Acamados / Internados) - Anexar cópia do RG do solicitante e cópia de atestado recente de incapacidade do paciente.

A solicitação deve respeitar a ordem de vocação hereditária, primeiro cônjuges/companheiros (com apresentação e cópia da certidão de casamento ou de união estável registrado em cartório em presença de ambas as partes), (pais, filhos, netos, bisnetos) e por fim parentes até o quarto grau (irmãos, sobrinhos) com a apresentação e cópia de documento que comprove o vínculo familiar.

Obs.: Nos casos de solicitação feita por parentes de até quarto grau e advogados faz-se necessário apresentação de procuração com firma reconhecida.

() Paciente Falecido - Anexar cópia do RG do SOLICITANTE, cópia do RG ou da Certidão de Nascimento do paciente falecido e a cópia da declaração de óbito. A solicitação deve respeitar a ordem de vocação hereditária, primeiro cônjuges/companheiros (com apresentação e cópia da certidão de casamento ou de união estável registrado em cartório em presença de ambas as partes), depois para os descendentes ou ascendentes em linha RETA (pais, filhos, netos, bisnetos) e por fim parentes até o quarto grau (irmãos, sobrinhos) com a apresentação e cópia de documento que comprove o vínculo familiar.

Obs.: Nos casos de solicitação realizada por parentes de até quarto grau ou advogados faz-se necessário apresentação de procuração com firma reconhecida.



MOTIVO: () DPVAT () INSS () SEGUROS () PEDIDO MÉDICO
() OUTROS _____

Data da consulta/ Perícia/ Prazo legal: _____

PRAZO: O Hospital disporá de todos seus esforços para entregar a documentação dentro do prazo acima trazido. Entretanto, em alguns casos, há necessidade de prazos maiores devido à espera de resultado de exames, ou necessidade de localização do documento em nosso arquivo externo. Prazomáximo: 20 dias.

FORMAS DE SOLICITAÇÃO DE PRONTUÁRIO:

- () Presencialmente
() E-mail (cópia do documento do solicitante deve ser autenticada em cartório)

FORMAS DE RECEBIMENTO DE PRONTUÁRIO:

- () E-mail (sem custo)

Informe o endereço de e-mail (letra legível) _____

- () IMPRESSO (custo de R\$0,15 (quinze centavos) por folha)

- O pagamento deverá ser realizado na retirada do documento exclusivamente no caixa do HFC Saúde.
- A cópia ficará disponível para retirada pelo período de 90 (noventa) dias.
- A entrega será somente ao solicitante apresentando o documento original com foto (RG) ou para TERCEIROS conforme orientações abaixo:

Autorização para retirada da via impressa por terceiros não solicitantes:

Eu (solicitante), _____ AUTORIZO que a cópia impressa do meu prontuário médico, aqui solicitada seja entregue para _____, RG _____.

Assinatura do Solicitante
(igual ao documento anexo)

Data da Solicitação: ___/___/_____

*Para retirada por terceiros, só será possível caso este compareça pessoalmente, e apresente documento original

O Hospital cumpre rigorosamente a Lei Geral de Proteção de Dados — LGPD, protegendo o prontuário médico, dados pessoais sensíveis e confidenciais do paciente, mantendo atualizada sua Política de Privacidade de Dados. Infomamos também, que o HFC segue o Código de Ética Médica que proíbe médico ou instituição de revelar o conteúdo do Prontuário Médico do paciente a qualquer pessoa que não esteja obrigada pelo sigilo profissional, dessa maneira, reservado o direito a guarda, exceto, em casos de ordem judicial, ou quando autorizado pelo paciente, para o mesmo ou para o representante expressamente identificado.

Parecer do Diretor Clínico (se necessário): _____

Assinatura do Diretor Clínico: _____ Data autorização: ___ / ___ / _____

Declaro, para os fins de direito, que eu _____, recebi cópia do prontuário especificado nesta solicitação e também declaro, sob as penas da legislação em vigor, que todas as informações prestadas são atualizadas e verdadeiras, e que a solicitação tem legítima motivação, me comprometendo a manter absoluto sigilo sobre as informações aqui obtidas.

