

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA SOLICITAÇÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo do paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Nome completo da mãe: _____

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome completo do solicitante: _____

Grau de parentesco: () Paciente () Responsável legal

() Outro (especificar): _____

Telefones para contato: _____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

- ☐ Aposentadoria ou benefício
- ☐ Transferência do tratamento
- ☐ Medicação
- ☐ Maioridade
- ☐ Reembolso
- ☐ Outro (especificar): _____

TIPO DE SOLICITAÇÃO

- ☐ Período específico (data): _____
- ☐ Descrição cirúrgica (data): _____
- ☐ Resumo de alta (data): _____
- ☐ Outro (especificar): _____

DOCUMENTAÇÃO QUE PRECISA SER ENCAMINHADA POR E-MAIL

- Foto frente e verso do documento do paciente (RG ou certidão de nascimento)
- Foto frente e verso do documento do responsável
- Preenchimento e assinatura de próprio punho ou assinatura digital certificada do Termo LGPD

IMPORTANTE!

A solicitação e a retirada da cópia do prontuário médico somente podem ser realizadas pelo paciente, responsável legal (com documento comprobatório) ou terceiros. Entretanto, quando por terceiros, será necessária procuração específica para retirada de prontuário no Hospital Pequeno Príncipe, assinada por um responsável legal pelo paciente, além do documento de identificação com foto dos envolvidos.

O prazo de entrega da cópia do prontuário é de até 20 dias úteis a partir do preenchimento completo deste documento, assinatura do Termo LGPD e encaminhamento dos documentos necessários.

O encaminhamento de e-mails ou resposta aos e-mails recebidos deverá ser direcionado para: spp@hpp.org.br.

PARA PREENCHIMENTO DO SAME

PRONTUÁRIO MV: _____

PRONTUÁRIO GESTÃO: _____

DATA DA SOLICITAÇÃO: _____

Todas as informações sobre a assistência prestada ao paciente no Hospital Pequeno Príncipe são confidenciais e protegidas por legislação vigente, sendo aplicada ao sigilo médico e às solicitações de cópias de prontuários.

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE LGPD — LEI N.º 13.709

Eu: _____
Nacionalidade: _____
Estado civil: _____
Identidade n.º: _____
Órgão expedidor: _____
CPF n.º: _____
Endereço completo: _____
Bairro: _____
Cidade: _____
Estado: _____
CEP: _____

Responsável legal do seguinte paciente _____ (A), que passa ou passou por tratamento no Hospital Pequeno Príncipe e possui prontuário na instituição devidamente protegido por lei, venho por meio deste instrumento manifestar, de forma livre, informada e inequívoca, que concordo com o envio da cópia do prontuário médico e dos dados pessoais do paciente e seus representantes legais por meio do e-mail _____ (B), que eu mesmo indiquei.

Estou ciente dos riscos de encaminhamento de dados pessoais via e-mail, principalmente os riscos relacionados à privacidade, segurança e proteção das informações a serem repassadas, e de que a Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro/Hospital Pequeno Príncipe encaminhará ao e-mail indicado dados pessoais sensíveis do paciente, e tenho ciência de que a partir da entrega/envio dos documentos o Hospital Pequeno Príncipe não será mais responsável pelo sigilo, integridade e proteção dos dados enviados, que passarão a ser da minha responsabilidade.

Curitiba, ____/____/____

Assinatura