



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DOS CAMPOS GERAIS - CIMSAÚDE

Rua Anita Garibaldi, 1870 A - Órfãs - Ponta Grossa/PR

Telefone: (42) 3027-1701 | E-mail: administrativo@cimsaude.com.br

REQUERIMENTO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO

DADOS DO ATENDIMENTO

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: //_____

RG: _____

CPF: _____

Telefone: (____) _____

Data da ocorrência: //_____

Horário: _____

Local/Unidade de Atendimento: _____

Endereço da Ocorrência (se aplicável): _____

Bairro: _____

Cidade: _____

UF: _____

Descrição da Ocorrência/Atendimento:



REQUERENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: // _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

UF: _____

RG: _____

CPF: _____

Telefone: (____) _____

E-mail: _____

DECLARAÇÃO

O(a) requerente acima qualificado(a), vem requerer **cópia do prontuário médico**, na seguinte condição:

Do próprio requerente;

Filho(a) menor de 18 anos.

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Familiar falecido (pode ser solicitado por cônjuge/companheiro(a), sucessores legítimos em linha reta ou colaterais até o 4º grau).

Grau de parentesco: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Familiar vivo (nos casos legalmente autorizados, mediante justificativa, autorização expressa, representação legal ou ordem judicial).

Grau de parentesco: _____



Nome: _____

Data de Nascimento: : ___ / ___ / _____

() Terceiro autorizado pelo titular do prontuário.

Relação com o paciente: _____

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (ANEXAR)

Próprio paciente:

- Cópia simples de documento oficial com foto.

Filho(a) menor:

- Documento oficial com foto do requerente;
- Documento ou certidão de nascimento do menor.

Familiar falecido:

- Documento oficial com foto do requerente;
- Certidão de óbito;
- Documento que comprove vínculo de parentesco.

Familiar vivo:

- Autorização expressa do paciente; ou
- Procuração; ou
- Termo de curatela/interdição; ou
- Ordem judicial, conforme o caso.

Terceiros:

- Procuração/autorização formal;
- Documento oficial com foto do paciente;
- Documento oficial com foto do requerente.



FINALIDADE DA SOLICITAÇÃO

A presente solicitação destina-se a:

INSS / Previdência / Perícia médica

Seguro / indenização / questões financeiras

Processo judicial

Continuidade de tratamento médico

Outros. Especificar: _____

DECLARAÇÃO FINAL

Declaro, sob as penas da legislação vigente, que as informações prestadas são verdadeiras e que a presente solicitação possui finalidade legítima, responsabilizando-me pelo uso adequado das informações eventualmente disponibilizadas, observadas as normas de sigilo médico, proteção de dados pessoais e legislação aplicável.

Cidade: _____

Data: : ____ / ____ / ____

Assinatura do Requerente: