HOSPITAL Unimed Circuito das Águas
www.unimedcircuito.coop.br
Alameda Nair Teixeira de Jesus, 255
Jardim São Lourenço
37470-000 - São Lourenço - MG
T. (35) 3695-8510
ACREDITADO ONA

TERMO DE SOLICITAÇÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO

1. IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DO PRONTUÁRIO

Nome Completo			
Data de Nascimento		**CPF**	
Documento de Identidade		**Órgão Emissor**	
Telefone / WhatsApp		**E-mail**	
Endereço Completo			

2. IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE (quando diferente do titular)

Grau de parentesco / relação com o titular: _____

Nome Completo			
CPF		**RG**	
Telefone / WhatsApp		**E-mail**	

Atenção: Quando o solicitante for terceiro, é obrigatória a apresentação de procuração com poderes específicos para retirada de prontuário médico.

3. DADOS DA INTERNAÇÃO / ATENDIMENTO

Período de Internação	

4. FORMA DE ENTREGA

☐ Por e-mail (informado na seção 1) ☐ Por WhatsApp (informado na seção 1)

☐ Impresso — retirada presencial no Hospital (titular ou procurador com poderes específicos)

Informação sobre custos: Será cobrado R$ 0,40 (quarenta centavos) por folha impressa.

5. FINALIDADE DA SOLICITAÇÃO

☐ Uso pessoal ☐ Segunda opinião médica ☐ Fins jurídicos / legais

☐ Seguro de vida / plano de saúde ☐ Continuidade do tratamento ☐ Outros (especificar abaixo)

Outras finalidades: _____

6. DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Declaro, para os devidos fins, que as informações prestadas neste documento são verdadeiras e que estou ciente de que a solicitação de prontuário médico será processada em conformidade com a Lei nº 13.787/2018, a Resolução CFM nº 1.821/2007 e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD — Lei nº 13.709/2018). Autorizo o Hospital Unimed Circuito das Águas a utilizar meus dados de contato para envio do prontuário solicitado. Estou ciente que deverei enviar este documento para o e-mail prontuario@unimedcircuito.coop.br e adicionalmente o arquivo com o documento de identificação com QRCode de validação, e se for o caso, a procuração caso a retirada seja autorizada a terceiros.

Local e Data: _____, _____ / _____ / _____

_____	_____
Assinatura do Titular / Solicitante	**Testemunha** Nome: CPF:

A assinatura deve ser realizada com certificado digital ICP-Brasil ou assinatura gov.br.

www.unimedcircuito.coop.br
Alameda Nair Teixeira de Jesus, 255
Jardim São Lourenço
37470-000 - São Lourenço - MG
T. (35) 3695-8510

USO INTERNO — NÃO PREENCHER **PROTOCOLO NÚMERO:**

Data de recebimento: ____ /_____ / _____ Recebido por: _____

Data de entrega/envio: ____ / _____ / _____ Entregue por: _____

Nº de folhas impressas: _____ Valor cobrado: R$ _____

Forma de pagamento: _____

Revisor: _____

Análise de privacidade:

1. Qual foi o telefone informado na admissão do paciente: _____

É o mesmo telefone informado neste formulário:

[ ] Sim. Prossiga.

[ ] Não. Siga orientações do Encarregado de Dados (DPO)

2. Foi enviado o documento digital com o QRCode de validação do Documento?

[ ] Sim. Prossiga.

[ ] Não. Entrar em contato com o solicitante por e-mail e solicitar o envio do documento

3. O Documento foi assinado digitalmente pela testemunha?

[ ] Sim. Prossiga.

[ ] Não. Entrar em contato com o solicitante por e-mail e solicitar a revisão do documento

4. No caso de solicitação por terceiros, foi anexada a procuração com direitos restritos à retirada do Prontuário?

[ ] Sim. Solicite validação da procuração.

[ ] Não. Entrar em contato com o solicitante por e-mail e solicitar o envio da procuração.

5. O procedimento interno de conferência foi concluído?

[ ] Sim.

[ ] Não. Encaminhar para o responsável.

Observações: