

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO

Nome do solicitante (caso não seja paciente): _____

RG: _____ Grau de parentesco: _____

() Afim de atender a conformidade à lei 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados, autorizo que o Hospital do Rim, realize o tratamento dos meus dados pessoais, para fim único e exclusivo de solicitação de cópia de prontuário médico.

Nome do paciente: _____

RG: _____

() Cópia de prontuário parcial () Declaração () Cópia de prontuário integral
Período: _____

Motivo da solicitação (deve ser preenchida pelo paciente/solicitante – próprio punho):

Assinatura do paciente ou solicitante
Assinar igual ao documento de identificação

Data: ___/___/___ Tel.:(___) _____ - _____ Falar com: _____

E-mail: _____

OBS: PRAZO DE ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO SOLICITADA, PODERÁ SER DE ATÉ 15 DIAS ÚTEIS.

O solicitante é: () Próprio paciente () Representante legal () Responsável internação