



## FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE INFORMAÇÕES E DOCUMENTOS MÉDICOS

### 1. Dados do Requerente/Paciente:

Paciente:	
Data de Nascimento:	
RG:	CPF:
Representante legal:	CPF:
Grau de Parentesco:	Celular:
Endereço:	
Cidade/Estado:	CEP:

Com base na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), todo paciente tem o direito de acessar suas informações e dados pessoais armazenados junto à instituição. Para garantir a segurança das informações, todos os relatórios solicitados serão disponibilizados exclusivamente de forma **presencial**, para o **próprio paciente**, ou **procurador com poderes específicos**.

### 2. Tipo de Solicitação:

Assinale uma ou mais de acordo com a opção desejada:

- Solicitação de cópia de prontuário médico – Mês/Ano: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Confirmação da existência de tratamento de dados pessoais
- Acesso aos dados pessoais armazenados
- Retirada de cópia de documentos
- Correção de dados pessoais incorretos, desatualizados ou incompletos
- Exclusão de dados pessoais, nos termos da LGPD
- Informação sobre o compartilhamento de dados com terceiros
- Revogação de consentimento específico para o tratamento de dados pessoais
- Outros (especificar): \_\_\_\_\_

### 3. Detalhamento da Solicitação:

Descreva de forma detalhada as informações, documentos ou ações desejadas:

---

---

---

Unidades:

Página 1 de 2





#### 4. Veracidade das Informações e Orientações:

Declaro, para os devidos fins, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras, bem como, fico desde já ciente e concordo com os seguintes termos:

- a) O atendimento à solicitação será realizado exclusivamente de forma presencial, mediante a apresentação de documento oficial com foto e/ou demais documentos complementares solicitados pelo hospital.
- b) Em caso de retirada por representante legal, este deverá apresentar procuração pública registrada em cartório, além de seus documentos de identificação e os do titular dos dados.
- c) O hospital possui o prazo de até **15 (quinze) dias úteis** para atender à solicitação, nos termos do art. 19, II, da Lei nº 13.709/2018, podendo requerer informações adicionais, se necessário.
- d) Por razões de segurança e proteção à privacidade, nenhum documento ou relatório será enviado por e-mail, correio ou qualquer outro meio digital.
- e) O presente requerimento deverá ser encaminhado para o e-mail do Departamento Jurídico desta Unidade, “juridico@apehsaude.com.br”, podendo ser utilizado o mesmo endereço para solicitar esclarecimentos ou informações complementares sobre as ações desejadas.

Estou ciente das condições estabelecidas para a solicitação e retirada de informações, bem como da necessidade de apresentar os documentos exigidos para assegurar a segurança e a confidencialidade dos dados fornecidos por esta instituição, assim, assino o presente documento para que produza os devidos efeitos legais.

\_\_\_\_\_/PR, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Paciente/representante legal**

