

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PARA RECEBIMENTO DE PRONTUÁRIO EM
FORMATO DIGITAL**

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome completo: _____

CPF: _____

RG: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Relação com o paciente:

() Próprio paciente

() Responsável legal

() Procurador (anexar documento comprobatório)

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

DECLARAÇÃO

Eu, acima identificado(a), declaro que solicitei à instituição de saúde o envio de cópia do prontuário médico do paciente acima indicado por meio digital.

Estou ciente que:

- O envio será realizado por meio eletrônico no endereço de e-mail informado neste documento;
- O prontuário médico contém dados pessoais sensíveis, especialmente informações relacionadas à saúde;
- A transmissão por meio digital, embora adotadas medidas de segurança pela instituição, pode envolver riscos inerentes à internet, como interceptação indevida ou acesso não autorizado;
- Após o envio, a responsabilidade pela guarda, sigilo e uso das informações passa a ser de minha responsabilidade;
- Confirmando que o e-mail informado é de minha titularidade e assumo integral responsabilidade por sua correta indicação;
- Comprometo-me a não compartilhar o conteúdo do prontuário com terceiros sem autorização, respeitando a confidencialidade das informações;
- A instituição irá registrar e armazenar evidências deste fluxo (solicitação, autorização e envio), para fins legais e de auditoria.

FORMA DE ENVIO

E-mail para envio: _____

() Arquivo protegido por senha

Atenção: Declaro que li, compreendi e concordo com todos os termos acima, assumindo responsabilidade pelo recebimento do prontuário em formato digital.

Local e data: _____

Assinatura do solicitante: _____