

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTO MÉDICO

Solicitações de Laudos e Relatórios Médicos só serão aceitas quando houver necessidade de retificação de documentos com erro, mediante apresentação do laudo ou relatório original, ou quando o paciente tiver comprovação de perícia no INSS agendada, desde que a necessidade do documento tenha sido previamente informada ao médico no último atendimento e que este tenha ocorrido há, no máximo, 30 (trinta) dias.

Nome do Paciente: _____ RG: _____

CPF: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Cel: _____ E-mail: _____

Nome do Solicitante: _____ RG: _____

CPF: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Cel: _____ E-mail: _____

O requerente, acima qualificado, vem requerer o seguinte documento: ☐ Prontuário Médico ☐ Laudo Médico ☐ Relatório Médico

O PACIENTE É:

- ☐ O próprio requerente.
- ☐ Familiar falecido (pode ser solicitado por cônjuge ou companheiro(a), e na comprovada inexistência ou impedimento deste, pelos sucessores em linha reta (pais, avós, filhos, netos). Nos casos de sucessores colaterais até o 4º grau (irmãos, sobrinhos, tios), deve

ser comprovada a inexistência ou impedimento do cônjuge e dos sucessores em linha reta.

Grau de parentesco: _____.

- ☐ Filho(a) menor de 18 anos.
- ☐ Incapaz (pode ser solicitado pelo tutor).

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA SOLICITAÇÃO:

1. AS CÓPIAS DOS DOCUMENTOS LISTADOS ABAIXO DEVEM SER ANEXADAS AO PRESENTE FORMULÁRIO NO MOMENTO DA SOLICITAÇÃO.

Em caso de retira do Documento Médico do:

- I. **PRÓPRIO PACIENTE:** documento pessoal com foto.
- II. **FILHO(A) MENOR:** documento pessoal com foto do paciente e do solicitante.

III. **FAMILIAR FALECIDO:** certidão de óbito e documento pessoal do paciente e do solicitante que comprovem parentesco e, quando aplicável, documento que comprove inexistência ou impedimento de sucessores com preferência hereditária (cônjuge > sucessores em linha reta > sucessores colaterais).

IV. **INCAPAZ:** termo de interdição assinado por juiz e documento pessoal com foto do paciente e do solicitante.

DECLARO para devidos fins, estar ciente de que:

- I. No momento da retirada do Documento Médico, deverei apresentar os originais de todos os documentos obrigatórios previstos nas instruções disponíveis no sítio eletrônico do IPP – Área do Paciente, sob pena de não liberação do referido documento.
- II. A presente solicitação possui validade de 30 (trinta) dias. Caso o solicitante não compareça a unidade para retirada do Documento Médico, deverá

realizar novamente a abertura de solicitação.

III. Os dados cadastrais e demais informações que integram o Documento Médico são confidenciais, nos termos da legislação vigente, especialmente da Constituição Federal e do Código de Ética Médica.

São Paulo, _____ de _____ 20 ____.

Assinatura do Solicitante (com reconhecimento de firma)