

TERMO DE RETIRADA DE DOCUMENTOS

Eu, _____, portador(a) do RG n° _____ e CPF n° _____, residente e domiciliado(a) no endereço: _____, na cidade/estado de _____ - ____ declaro, para os devidos fins, que recebi na data de ____ de _____ de _____, o prontuário referente ao paciente _____, foi disponibilizado pelo Hemolabor - Hematologia e Laboratórios de Pesquisas Clínicas Ltda. Declaro que estou ciente de que o prontuário é confidencial, de uso exclusivo do titular ou do seu representante legal, e que devo preservá-lo em segurança, respeitando a legislação vigente quanto à sua utilização e sigilo. Declaro ainda:

1. DA NATUREZA DAS INFORMAÇÕES

1. Estar ciente de que os dados e informações constantes no prontuário hospitalar constituem dados pessoais sensíveis, nos termos do art. 5º, II, da Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD); 2. São protegidos por sigilo profissional, ético e legal; 3. Devem ser tratados com confidencialidade, segurança e finalidade específica.

2. DA BASE LEGAL PARA O TRATAMENTO DOS DADOS

Estou ciente de que o tratamento, guarda e disponibilização do prontuário hospitalar pela instituição ocorrem com fundamento nas seguintes bases legais previstas na LGPD: 2.1 Cumprimento de obrigação legal ou regulatória Nos termos do art. 7º, II, e art. 11, II, “a”, da LGPD, em atendimento às normas: do Conselho Federal de Medicina; da legislação sanitária; das normas de acreditação e fiscalização. 2.2 Exercício regular de direitos Nos termos do art. 7º, VI, e art. 11, II, “d”, da LGPD, inclusive para: defesa de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral; atendimento a requisições de autoridades competentes. 2.3 Tutela da saúde Nos termos do art. 11, II, “f”, da LGPD, para: continuidade do cuidado; proteção da saúde do titular ou de terceiros; cumprimento de obrigações assistenciais.

3. DA FINALIDADE DA DISPONIBILIZAÇÃO

Declaro que a utilização das informações recebidas ocorrerá exclusivamente para a finalidade abaixo indicada, sendo vedado qualquer uso diverso: () Uso pessoal () Continuidade do cuidado () Judicial () Previdenciário () Administrativo () Outros:

4. DO DEVER DE SIGILO E RESPONSABILIDADE

Comprometo-me expressamente a: 1. Manter absoluto sigilo sobre as informações recebidas; 2. Não divulgar, compartilhar, reproduzir ou publicar, no todo ou em parte, os dados a terceiros não autorizados; 3. Não utilizar as informações para fins ilícitos, discriminatórios ou que violem a dignidade, honra, imagem ou intimidade do paciente; 4. Zelar pela guarda e proteção dos documentos físicos ou digitais sob minha posse.

5. DA RESPONSABILIZAÇÃO

Declaro estar ciente de que: O uso indevido, a divulgação não autorizada ou o descumprimento deste termo poderá ensejar responsabilização civil, administrativa e criminal, conforme legislação vigente; A instituição hospitalar não se responsabiliza por danos decorrentes do uso inadequado das informações após a sua disponibilização regular.

6. DA CIÊNCIA E ACEITE

Declaro que li, compreendi e concordo integralmente com os termos acima, firmando o presente de forma livre, consciente e informada.

Goiânia: ____/____/____

Assinatura do requerente por extenso