



## TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA RETIRAR CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Eu, \_\_\_\_\_, portador dos  
documentos RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_,  
residente domiciliado à \_\_\_\_\_,  
complemento \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_,  
cidade \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, com os seguintes telefones  
para contato (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,  
na qualidade de procurador do(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_  
solicito à Clínica Adventista de Curitiba, CNPJ 15.116.763/0004-12, a retirada do  
prontuário médico de meu representado, sendo de minha inteira responsabilidade tanto a  
entrega do mesmo para seu destinatário de direito, como o uso e principalmente a  
manutenção do sigilo deste, na forma do quanto fixado na legislação vigente.

Prontuário nº \_\_\_\_\_

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

### PARA USO INTERNO

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Setor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_