



MINISTERIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA BAIANO
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS - DGP
Coordenação de Atenção a Saúde e Qualidade de Vida
Unidade SIASS - IF Baiano

CÓPIA DO PRONTUÁRIO/ATESTADO DE SAÚDE DO SERVIDOR

SIGA:

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE	
NOME DO(A) SOLICITANTE:	
NOME SOCIAL:	
ENDEREÇO:	
	E-MAIL:
TEL: ()	CPF:
O SOLICITANTE É: <input type="radio"/> Dono do Prontuário <input type="radio"/> Pessoa Autorizada <input type="radio"/> Representante Legal	
TIPO DE SOLICITAÇÃO: <input type="checkbox"/> Cópia Integral do prontuário de saúde <input type="checkbox"/> Prontuario de Saúde Eletrônico - Tela SIASS <input type="checkbox"/> Outros: _____	
MEIO DE ENTREGA*: <input type="radio"/> Impresso - Entrega no SIASS/Reitoria <input type="radio"/> Impresso - Entrega no SIASS/NAGP do campus	
LOCAL/DATA: _____, ___/___/____.	
ASSINATURA DO(A) SOLICITANTE: _____.	

AUTORIZAÇÃO
Eu, _____, autorizo o solicitante acima identificado, a requerer e a receber a cópia do meu Prontuário de Saúde.
LOCAL/DATA: _____, ___/___/____.
ASSINATURA DO(A) DONO(A) DO PRONTUÁRIO: _____.

IDENTIFICAÇÃO DO PRONTUÁRIO	
NOME DO(A) PERICIADO(A):	
ÓRGÃO:	LOTAÇÃO:

OBSERVAÇÕES
Todas as informações sobre a Perícia Oficial em Saúde do Servidor, contidas no Prontuário, são confidenciais e protegidas por legislação vigente e só podem ser liberadas com a devida autorização do periciado, da pessoa autorizada por ele ou de seu representante legal, sob a autorização da lei: <ul style="list-style-type: none">• Código de Ética Médica;• Resolução do Conselho Federal de Medicina n.º 1.605/2000.

DECLARAÇÃO DE RECEBIDO
Eu, _____, declaro que recebi as cópias solicitadas do prontuário médico do servidor acima identificado.
Estou ciente que o IF Baiano atende às determinações dos Códigos de Ética dos diversos profissionais de saúde e aos dispositivos legais, guarda sigilo e não disponibiliza as informações contidas no Prontuário de Saúde do Servidor, salvo a pedido deste para dar vista ou adquirir cópia.
LOCAL/DATA: _____, ___/___/____.
ASSINATURA DO(A) SOLICITANTE: _____.