

# AUTORIZAÇÃO PARA OBTENÇÃO DE INFORMAÇÕES

JD-CL-46PT Rev. 7-12  
C.G.S. §§ 10-154a, 17a-693, 17a-694,  
31-128f, 52-146b to 52-146o

(Veja Instruções e "Aviso ao Destinatário das Informações" no verso/página 2)

TRIBUNAL DE PRIMEIRA  
INSTÂNCIA DE CONNECTICUT  
www.jud.ct.gov



1.	De (Nome completo da pessoa que está autorizando a divulgação de informações ou solicitando informações)	Fornecer as informações até (Data)
	Endereço	
2.	<b>Eu autorizo ao Ramo Judicial</b> <input type="checkbox"/> a <b>OBTER</b> as informações indicadas na sessão 4 de: (Preencher os campos de nome e endereço) → <input type="checkbox"/> a <b>DIVULGAR</b> as informações contidas na sessão 4 para: (Preencher os campos de nome e endereço) →	Nome Endereço

### 3. Informações sobre:

Nome (Nome completo do Indivíduo Titular dos Registros)	Data de nascimento	<input type="checkbox"/> (Assinale este campo se a autorização se refere a um menor)
---	--------------------	--

### 4. Tipo de informações:

Instruções: A pessoa que está completando esta autorização fica avisada de que este formulário não pode ser utilizado para divulgar anotações de sessões de psicoterapia juntamente com outros tipos de informações médicas. Se este formulário está sendo utilizado para a divulgação de anotações de sessões de psicoterapia, um formulário em separado deve ser preenchido para divulgar quaisquer outros tipos de informações médicas. Autorizações para divulgação de informações médicas sigilosas (tais como HIV/AIDS ou abuso de substâncias) devem partir do solicitante. (Assinale com um "x" todos os campos que se aplicam)

<input type="checkbox"/> Prontuário Médico Completo	<input type="checkbox"/> Eu autorizo especificamente a divulgação das seguintes informações sigilosas contidas no meu prontuário médico. (Marcar com as iniciais todos os campos que se aplicam)
<input type="checkbox"/> Somente informações relacionadas a (diagnóstico específico, lesão, cirurgia, etc.)	
<input type="checkbox"/> Somente o período das ocorrências de _____ a _____	
<input type="checkbox"/> Registros de Cobrança	
<input type="checkbox"/> Anotações de Sessões de Psicoterapia <b>SOMENTE*</b> (ao assinalar este campo estou abrindo mão do sigilo profissional entre psicoterapeuta e paciente)	
<input type="checkbox"/> Transcrição de Registro Escolar	
<input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Abuso de Substâncias (Álcool/ Drogas)
	<input type="checkbox"/> Informações Confidenciais Relacionadas ao HIV/AIDS
	<input type="checkbox"/> Saúde Mental (Exceto anotações de sessões de psicoterapia)
	<input type="checkbox"/> Doença Sexualmente Transmissível
	<input type="checkbox"/> Teste Genético

\* POR ANOTAÇÕES DE SESSÕES DE PSICOTERAPIA entende-se os registros feitos (de qualquer maneira ou através de qualquer meio) por um provedor de saúde que seja um profissional de saúde mental o qual documenta ou analisa o conteúdo de conversas durante sessões de terapia familiar, individual, de grupo, ou co-terapia, e que são separadas do resto do prontuário médico de uma pessoa.

### 5. Propósito da autorização se este formulário consente o Ramo Judicial a obter informações:

Esta solicitação está sendo feita a pedido da pessoa para fins relacionados à causa identificada nesta sessão que pode incluir, mas não está limitada a uma investigação ou avaliação, supervisão e mediação ou negociação exigida por ordem judicial:

Fórum	Causas da Vara da Infância e Juventude	Em (Cidade)	Número do processo
<input type="checkbox"/> Comarca	<input type="checkbox"/> Número da Área Geográfica		

Se estiver sob supervisão, declare tipo e duração

### 6. Se este documento autoriza o Ramo Judicial a obter informações, favor enviar para:

Divisão do Ramo Judicial	Nome do solicitante das informações	Número de telefone
Endereço para correspondência do escritório ou fórum		

### 7. Propósito da autorização se esta consente o Ramo Judicial a divulgar informação: (Especificar)

### 8. Declaração de Autorização (Veja explicação na página 2)

Eu solicito e autorizo a pessoa ou instituição acima designada a divulgar ao destinatário anteriormente especificado, cópias das informações requeridas nas sessões 3 e 4 deste formulário. Autorizo o destinatário a divulgar tais informações sigilosas ao Juiz, às partes e advogados atuando na causa e a qualquer Curador Especial (Guardian ad Litem) nomeado; caso essas informações tenham sido obtidas através desta autorização ou uma autorização adicional solicitada pela pessoa ou instituição designada na Sessão 2, tornando-as disponíveis para inspeção, incluindo quaisquer informações sigilosas identificadas na Sessão 4. Estes destinatários não devem divulgar tais informações exceto informações médicas não sigilosas relacionadas a esta causa que podem ser divulgadas para propósitos legítimos de julgamento e preparação para o mesmo. Eu li ou alguém leu este formulário para mim e entendo o propósito desta autorização para divulgação de informações. Eu assino este, voluntariamente. Meu tratamento, pagamento, inscrição em um plano de saúde ou elegibilidade para benefícios não estarão condicionados a esta au-

torização para tal divulgação. Eu compreendo que posso examinar ou obter cópias dessas informações que serão utilizadas ou divulgadas (exceto anotações de sessões de psicoterapia). Eu compreendo que de acordo com a lei em vigor, as informações disseminadas através desta autorização podem estar sujeitas a divulgações adicionais por parte do destinatário, portanto podendo estar desamparadas por leis federais de privacidade. Eu compreendo que posso revogar esta autorização, por escrito, a qualquer momento, ao enviar tal notificação à pessoa ou instituição acima citada. Exceção será feita se providências já tenham sido tomadas respaldadas por este documento, ou em caso de divulgação àqueles pessoas que atuam no sistema de justiça criminal que condicionaram a minha participação em um programa ou serviço prestado pelo indivíduo ou instituição acima mencionados a 1) resolução de quaisquer processos criminais contra mim, 2) minha soltura da prisão, 3) suspensão condicional do meu sursis. A presente autorização, a menos que expressamente revogada anteriormente, perde sua vigência automaticamente na data indicada abaixo.

Declarar a data, evento ou condição que podem ocasionar o cancelamento desta autorização. A data de cancelamento não pode ser posterior à data da resolução final da sua causa.

Assinatura da pessoa que autoriza (Se for menor, a assinatura de um dos pais ou tutor, a menos que se enquadre no Artigo 19a-592 dos Estatutos Gerais de Connecticut)	Data da assinatura	Assinatura da Testemunha
---	--------------------	--------------------------

Se assinado por um representante legal, indicar o tipo de relação com a pessoa titular dos registros e fornecer prova por escrito de sua atribuição. (Países não necessitam apresentar documentação):  País  Tutor  Curador  Administrador do Espólio  Procurador

**DISTRIBUIÇÃO:** ORIGINAL – A parte em posse das informações solicitadas 1ª VIA - C.S.S.D. Secretaria ou Expediente Judicial 2ª VIA – Pessoa que autoriza

## Instruções aos funcionários do Ramo Judicial solicitando permissão para obter informações

1. Preencher as seções 1, 3, 4, 5 e 6.
2. Na sessão 2, assinalar o campo "OBTER" informações e incluir o nome e endereço do hospital, escola, médicos, clínica, laboratório, farmácia, operadoras de seguro ou plano de saúde, ou outro provedor de cuidados médicos em posse das informações.
3. Pedir à pessoa cujas informações estão sendo solicitadas para preencher a sessão 8 e pedir para que assine o formulário perante uma testemunha.
4. Fornecer uma via do formulário à pessoa que autoriza a divulgação de informações.

## Aviso ao destinatário das informações

Leis federais e estaduais proíbem a divulgação de informações de abuso de álcool e/ou drogas (42 CFR Parte 2), registros escolares de um menor obtidos em conformidade com 34 CFR Parte 99 (Lei de Privacidade e Direitos Educacionais da Família (FERPA – na sigla em inglês)), informações relacionadas ao HIV (Capítulo 368x dos Estatutos Gerais de Connecticut), informações sobre a saúde mental ou psiquiátrica (Capítulo 899 dos Estatutos Gerais de Connecticut) sem específica autorização por escrito. Se a divulgação contém informações relacionadas ao HIV, abuso de álcool ou drogas, o seguinte aviso se aplica:

Estas informações foram reveladas a você a partir de registros que são protegidos pelas normas Federais de confidencialidade (42 CFR Parte 2) ou lei estadual. As normas federais ou leis estaduais lhe proíbem que divulgue quaisquer informações adicionais a não ser que tal divulgação seja expressamente permitida através de consentimento por escrito da pessoa a quem as informações estão relacionadas ou de outra forma permitida por citada lei. Uma autorização generalizada para a divulgação de informações médicas ou quaisquer outras informações NÃO é suficiente para este propósito. Normas Federais restringem qualquer utilização das informações para investigar ou processar criminalmente qualquer paciente que faz abuso de álcool ou drogas.

## Explicação da declaração de autorização

Na sessão 8 deste formulário, se você o assinar:

- Dará autorização para a dissiminação destas informações com o objetivo de serem utilizadas em uma causa judicial, estas, incluindo quaisquer informações sigilosas que foram marcadas na Sessão 4, podem ser vistas pelo juiz, pelas partes e advogados atuando na causa, e por qualquer Curador Especial (Guardian ad Litem) designado pelo juiz. Eles não podem divulgar estas informações a mais ninguém, exceto informações de saúde não sigilosas, a não ser que sejam para propósitos legítimos de julgamento ou de preparação para o julgamento que sejam relacionados com esta causa.
- Estará declarando que leu ou alguém leu para você este formulário e que você o compreende. Entende que é sua decisão assinar este formulário.
- Compreende que, com exceção de anotações de sessões de psicoterapia, você pode inspecionar ou obter cópias dessas informações.
- Compreende que as informações divulgadas através desta autorização podem estar desamparadas por normas federais de privacidade.
- Compreende que pode revogar sua autorização a qualquer momento, ao enviar notificação por escrito à pessoa ou localidades citadas na sessão 2 deste formulário. Exceção será feita, se providências já tenham sido tomadas respaldadas por este documento, ou em caso de divulgação àquelas pessoas que atuam no sistema de justiça criminal que condicionaram a sua participação em um programa ou serviço prestado pelo indivíduo ou instituição acima mencionados a 1) resolução da causa contra você, 2) sua soltura da prisão, 3) suspensão condicional do seu sursis.
- Sua autorização vence na data indicada no formulário no campo abaixo de Autorização, a não ser que a tenha cancelado anteriormente.

Você não poderá ser privado de benefícios médicos ou quaisquer outros tratamentos de saúde, caso se recuse a assinar este formulário.

### COMUNICADO SOBRE A ADA

O Ramo Judicial do Estado de Connecticut cumpre com a Lei para Americanos com Deficiências. (ADA- sigla em inglês). Se necessitar de adaptações razoáveis em cumprimento com a ADA, comunique-se com um funcionário da secretaria do fórum ou uma pessoa de contato relacionada na página da web [www.jud.ct.gov/ADA](http://www.jud.ct.gov/ADA).