

**AUTORIZAÇÃO DE OBTENÇÃO DE INFORMAÇÕES**

JD-CL-46PT Rev. 1-24

C.G.S. Arts. 10-154a, 17a-693, 17a-694,31-128f, 52-146b a 52-146c

(Consultar Instruções e "Notificação ao Destinatário das Informações" no verso/página 2)

**ESTADO DE CONNECTICUT  
JUÍZO DE PRIMEIRA INSTÂNCIA**

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>Autorizo o Poder Judiciário</b>	Nome
	<input type="checkbox"/> a <b>OBTER</b> as informações indicadas na seção 4 de: (Preencher os campos de nome e endereço)	Endereço
	<input type="checkbox"/> a <b>FORNECER</b> as informações indicadas na seção 4 a: (Preencher os campos de nome e endereço)	

**3. Informações sobre:**

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

**4. Tipo de informações:**

**Instruções:** A pessoa que está completando esta autorização fica avisada 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 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 ser rubricadas pelo solicitante. (Assinalar todas as opções apropriadas):

- Prontuário Médico Completo
- Somente informações relacionadas a (diagnóstico específico, lesão, cirurgia, etc.)
- Somente o período dos eventos de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Registros de Cobrança
- SOMENTE\*** Anotações de Sessões de Psicoterapia  
(ao assinalar esta opção abro mão do sigilo profissional entre psicoterapeuta e paciente)
- Histórico Escolar
- Outras: \_\_\_\_\_

- Eu autorizo especificamente a divulgação das seguintes informações sigilosas contidas no meu prontuário médico. (Rubricar as opções que se aplicam)
- Abuso de Substâncias (Álcool/ Drogas)
- Informações Sigilosas Referentes a HIV/AIDS
- Saúde Mental (Menos anotações de sessões de psicoterapia)
- Doenças Sexualmente Transmissíveis
- Teste Genético

\*Por Anotações de Sessão de Psicoterapia entende-se os registros feitos (de qualquer maneira ou através de qualquer meio) por um provedor de saúde que seja um 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 esta autoriza o Poder Judiciário a obter informações:**

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

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

Se estiver sob Supervisão, declarar tipo e duração

**6. Se este documento autoriza o Poder Judiciário a obter informações, enviar para:**

Divisão do Poder Judiciário	Nome do solicitante das informações	Telefone
Endereço para correspondência do escritório ou fórum		

**7. Propósito da autorização se esta autoriza o Poder Judiciário a fornecer informações: (Especificar)****8. Declaração de Autorização (Ver 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 Seção 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/algém leu este formulário para mim e entendo o propósito desta autorização de divulgação de informações. Eu assino esta, voluntariamente. Meu tratamento, pagamento, inscrição em um plano de saúde ou elegibilidade para benefícios não estarão condicionados a esta autorização para tal divulgação. Eu compreendo que posso examinar ou obter cópias dessas informações que serão utilizadas ou divulgadas (exceto anotações de sessões de psicoterapia). Entendo 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 de privacidade federais. Entendo que posso revogar esta autorização, por escrito, a qualquer momento, ao enviar tal notificação à pessoa ou instituição acima citada. Salvo 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 minha participação em um programa ou serviço prestado pelo indivíduo ou instituição acima mencionados a 1) a resolução de quaisquer processos criminais contra mim, 2) minha soltura da prisão, 3) a suspensão condicional do meu sursis. A presente autorização, a menos que expressamente revogada anteriormente, perde sua vigência automaticamente na data indicada abaixo. Além disso, caso as informações sejam fornecidas com a finalidade de elaborar um exame criminológico (PSI) ou avaliação de alternativa ao encarceramento, autorizo o Poder Judiciário a fornecer as informações da Seção 3 e 4 a todos os destinatários do PSI ou avaliação previstos pelo Art. 54-91a dos Estatutos Gerais e os Arts. 43-7 e 43-9 do Manual de Normas Processuais.

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 o titular dos registros e fornecer prova por escrito de sua atribuição.

(Genitores não necessitam apresentar documentação):  Genitor  Responsável Legal  Curador  Administrador do Espólio  Procurador

**DISTRIBUIÇÃO:** ORIGINAL - A parte em posse das informações solicitadas 1ª VIA - Escritória da C.S.S.D. ou Arquivo Judicial 2ª VIA - Autorizante

## Instruções aos funcionários do Poder Judiciário solicitando autorização para obter informações

1. Preencher as seções 1, 3, 4, 5 e 6.
2. Na seção 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 peça para que assine o formulário perante uma testemunha.
4. Fornecer uma via do formulário à pessoa que está autorizando.

## 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 pela lei citada. 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 seção 8 deste formulário, se você o assinar:

- Você autoriza a disseminação 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*) nomeado pelo juiz. Estas informações não podem ser divulgadas a mais ninguém, exceto informações não sigilosas a não ser que sejam para propósitos legítimos de julgamento ou de preparação para o julgamento que sejam relacionados com esta causa.
- Você declara 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 ela tenha sido cancelada anteriormente.

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