

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A PRONTUÁRIO MÉDICO

Eu, _____, natural de _____ nascido(a) em ____ / ____ / ____, inscrito(a) no RG sob o nº _____, CPF nº _____, residente e domiciliado (a) em _____, CEP _____, em razão do disposto no art. 89 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 2217/2018), autorizo o acesso e a liberação de cópia do prontuário médico referente ao meu atendimento no Hospital Daher Lago Sul, ocorrido no período de _____, à(s) pessoa(s) abaixo identificada(s):

Nome completo: _____, RGnº _____, CPF nº _____.

Nome completo: _____, RGnº _____, CPF nº _____.

OBS: O médico ou a instituição/estabelecimento de saúde poderão negar o acesso ao prontuário médico caso possa ele ocasionar riscos ao próprio paciente ou a terceiros, conforme previsto no art.88 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 2217/2018).

Brasília, ____ de _____ de 20 ____.

(Assinatura do paciente)