

## 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)