

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A PRONTUÁRIO MÉDICO POR TERCEIRO

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)