

PACIENTE:

HOSPITAL CONVENIADO:

NASC.:

SEXO:

MÉDICO RESPONSÁVEL:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES E DADOS SENSÍVEIS

Definição: Este termo tem a finalidade de garantir ao paciente, em vida, seu consentimento expresso à divulgação do prontuário médico completo do atendimento realizado na instituição conveniada supracitada.

Declaro que:

1 - Autorizo a empresa abaixo relacionada a receber informações sobre a evolução do meu estado de saúde durante a internação na instituição conveniada:

RAZÃO SOCIAL: ENTER HOSPITAL EIRELLI

CNPJ: 42.747.575/0001-12

VÍNCULO: Contrato de prestação de serviço.

2 - Fui esclarecido (a) de que, a qualquer momento, posso revogar totalmente esta autorização, ou ainda, modificá-la em relação às pessoas nominadas.

3 - Fui CIENTIFICADO (A) que por determinação legal e sem que implique violação ao sigilo médico as doenças de notificação compulsória serão comunicadas às autoridades competentes.

Preenchimento Obrigatório pelo Paciente ou Representante legal

Nome legível: _____

CPF: _____

Telefone: _____

Grau de Parentesco ou vínculo (obrigatório nos casos de representação): _____

Assinatura