

AUTORIZAÇÃO PARA COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome do Hospital: _____

Nome completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: ____ Leito: ____

Data de Admissão: ____/____/____ Hora: ____ Registro: _____

Nome do diretor médico: _____ CRM: _____

Autorizo as pessoas abaixo relacionadas a receber Informações sobre a evolução do meu estado de saúde durante a internação nesta Instituição.

DECLARO que fui ESCLARECIDO de que, a qualquer momento, posso revogar totalmente esta autorização, ou ainda, modificá-la em relação às pessoas nominadas. Igualmente, DECLARO que fui CIENTIFICADO que por determinação legal e sem que implique em violação ao sigilo médico as doenças de notificação compulsória serão comunicadas às autoridades competentes.

PACIENTE/RESPONSÁVEL (em caso de incapacidade)

_____, _____ de _____ de 20 _____. Hora: ____ : ____

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de parentesco do responsável: _____ CPF: _____

AUTORIZAÇÃO

Por dever legal e ético, o hospital garante a confidencialidade das informações sobre o estado de saúde do paciente. Assim, somente o próprio paciente e/ou equipe assistencial podem ter acesso a estas informações.

O prontuário e os dados ali contidos pertencem ao paciente e só podem ser divulgados com sua autorização expressa ou em cumprimento a determinação judicial. Por esta razão, indagamos: A divulgação do conteúdo deste prontuário está autorizada após o óbito ao cônjuge ou companheiro (a) e aos sucessores legítimos? Não Sim

_____, _____ de _____ de 20 _____. Hora: ____ : ____

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Assinado por: Paciente Responsável Legal/Tutor** Curador**

*Esta autorização somente poderá ser firmada pelo: a) Próprio Paciente; b) Responsável legal (Pais ou Tutor) em caso de menores; ou c) Curadores, em caso de maiores incapazes.

**A responsabilidade legal, Tutela ou Curatela deverão ser comprovadas com entrega de documentação específica.

*** Esta autorização terá efeitos apenas após o falecimento do paciente, mediante confirmação de que não houve revogação posterior pelo próprio e desde que o interessado comprove na solicitação sua legitimidade, na forma determinada nos Autos da Ação Civil Pública Nº 26798-86.2012.4.01.3500. Na superveniência de decisão judicial modificativa, referida autorização estará automaticamente revogada.

Não aplicado por impossibilidade do paciente e ausência de responsável legal

Nome legível do colaborador: _____ Assinatura: _____