

PACIENTE:  
ATENDIMENTO:  
RESPONSÁVEL:  
MÉDICO:  
CONVÊNIO:DT. NASC.: - SEXO:  
DATA/HORA:  
ESPECIALIDADE:  
PLANO:  
MATRICULA:**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES****(QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE)**

**Definição:** Este termo tem a finalidade de garantir ao paciente, em vida, sua manifestação expressa da objeção ou não à divulgação do prontuário médico.

Declaro que:

1. Autorizo as pessoas abaixo relacionadas a receber informações sobre a evolução do meu estado de saúde durante a internação nesta instituição.

Nome Completo	Nº Cédula de Identidade	Grau de Parentesco

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: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco ou vínculo: \_\_\_\_\_  
(obrigatório nos casos de representação):**AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO AO PRONTUÁRIO**

Por dever legal e ético, o hospital garante a confidencialidade das informações sobre o estado de saúde do paciente. Portanto, 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 divulgadas com sua autorização expressa ou em cumprimento a determinação judicial.

**A autorização abaixo somente poderá ser firmada pelo próprio paciente, responsável legal (pais ou tutor) em caso de menores e curador em caso de maiores incapazes. A responsabilidade legal, tutela ou curatela deverá ser comprovadas com entrega de documentação específica.**

Assim sendo, **AUTORIZO** o acesso ao meu prontuário médico por cônjuge ou companheiro(a) e sucessores legítimos?

 Não Sim

PACIENTE:  
ATENDIMENTO:  
RESPONSÁVEL:  
MÉDICO:  
CONVÊNIO:

DT. NASC.: - SEXO:  
DATA/HORA:  
ESPECIALIDADE:  
PLANO:  
MATRICULA:

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES**

(QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE)

**Preenchimento Obrigatório pelo Paciente ou Representante legal**

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco ou vínculo: \_\_\_\_\_  
(obrigatório nos casos de representação legal):

[ ] Não aplicado por impossibilidade do paciente e ausência de responsável legal, na forma acima citada.

Local e data.

**Preenchimento Obrigatório pelo Profissional**

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Revogação: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_, às \_\_\_\_ horas e \_\_\_\_ minutos.

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante Legal