

***Autorização para Terceiros***

Eu, \_\_\_\_\_, brasileiro(a), estado civil: \_\_\_\_\_, profissão: \_\_\_\_\_, portador(a) da Cédula de Identidade nº \_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF sob nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na Rua \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_, **autorizo e requeiro, a qualquer Unidade do Grupo Ecomax, que entregue a** \_\_\_\_\_ portador(a) da Cédula de identidade nº \_\_\_\_\_, o resultado de meu(s) exame(s) de \_\_\_\_\_ realizado(s) nesta instituição na data de \_\_\_\_\_.

Declaro, outrossim, que a presente autorização concedida isenta a ECOMAX CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM LTDA. de qualquer responsabilidade pela divulgação deste(s) exame(s), inclusive de quebra de sigilo médico, nos termos dos quais dispõem os arts. 73 e 89, ambos do Código de Ética Médica – Resolução 1931/2009.

E, por ser verdade, firmo o presente documento em duas vias de igual teor e forma.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_  
**(O paciente deverá assinar este requerimento de acordo com a Carteira de Identidade)**

Nome legível do paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura do autorizado: \_\_\_\_\_  
**(O autorizado deverá assinar este requerimento de acordo com a Carteira de Identidade)**

Nome legível do autorizado: \_\_\_\_\_

**(Anexar uma cópia do RG do paciente e do responsável pela retirada do exame).**