

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 requiro, 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).

Em caso de dúvidas sobre o tratamento de dados, entrar em contato através do e-mail: ecomax_lgpd@ecomax-cdi.com.br