



AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE EXAMES POR TERCEIROS

(De acordo com os arts. 73 e 89 do Código de Ética Médica – Resolução CFM nº 2.217/2018)

Paciente autorizador

Nome completo: _____ CPF: _____

Nacionalidade: _____ Estado civil: _____ Profissão: _____

Endereço completo: _____

Terceiro autorizado

Nome completo: _____ CPF: _____

Exame

Nome do procedimento: _____

_____ Data do exame: ____ / ____ / ____

Eu, na qualidade de **paciente autorizador** e usuário dos serviços, devidamente qualificado, solicito e autorizo integralmente o **Grupo Ecomax** a entregar ao **terceiro autorizado**, acima indicado, o resultado do exame descrito neste termo.

Tenho ciência de que o exame em questão estará disponível somente na Unidade específica onde o procedimento foi realizado.

Declaro, outrossim, que a presente autorização concedida isenta a ECOMAX CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA e suas Unidades de qualquer responsabilidade pelo compartilhamento dos exames, inclusive por suposta quebra de sigilo médico, nos termos que dispõem os artigos 73 e 89 do Código de Ética Médica – Resolução CFM nº 2.217/2018.

E, por ser verdade, firmo o presente em uma via.

Local: _____ / SC

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do PACIENTE autorizador

Assinatura do TERCEIRO autorizado

Atenção: As partes devem assinar este requerimento conforme documento de identidade; Devem ser anexadas a este termo as cópias dos documentos de identificação do paciente e do terceiro.