

AUTORIZAÇÃO DE RETIRADA DE RESULTADO DE EXAMES POR TERCEIROS

Eu _____, portador do RG n° _____ autorizo o(a) Sr(a). _____, portador(a) do RG n° _____ a retirar os meus exames realizados na Clínica Cardiocentro.

Declaro que a presente autorização concedida isenta a CLÍNICA CARDIOCENTRO de qualquer responsabilidade pela divulgação, inclusive de quebra de sigilo médico, nos termos dos quais dispõem os artigos 73 e 89, ambos do Código de Ética Médica - Resolução 1931/2009, bem como a LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados).

Assinatura do paciente

Informo ainda que, os dados do terceiro acima informados, foram por ele compartilhados de forma livre e com autorização exclusiva para esse fim, sendo ainda, sabedor que a referida autorização será arquivada no banco de dados dessa clínica e ficará armazenada até pedido contrário de descarte nos termos da Lei.

Assinatura da pessoa que retirar os exames

Anexar uma cópia do RG do paciente e do responsável pela retirada dos exames