

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DE LAUDO A MÉDICO NÃO SOLICITANTE

Nome do Paciente: _____

Documento (RG/CPF): _____ Data da solicitação: _____

Número do Exame: _____

Médico que receberá o laudo: _____ CRM: _____

Finalidade da entrega:

() Continuidade do tratamento médico.

() Outra: _____

1. PARA O PACIENTE:

Declaração do paciente ou responsável legal:

Autorizo o INSTITUTO DE PATOLOGIA DA CIDADE DE PASSO FUNDO a entregar o laudo referente ao exame acima identificado ao médico indicado neste termo, ainda que este não tenha sido o solicitante original.

Declaro que:

1. Fui informado(a) de que meus dados de saúde são considerados **dados pessoais sensíveis**, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018).
2. Estou ciente de que esta entrega ocorrerá para fins de **continuidade do tratamento** e que o profissional receptor também está sujeito ao sigilo profissional previsto no Código de Ética Médica.
3. Esta autorização é válida exclusivamente para o laudo descrito neste documento.

Assinatura do paciente ou responsável legal

2. PARA O MÉDICO:

Na condição de médico, em razão da impossibilidade do paciente de assinar o consentimento e/ou da eminente situação de emergência que o mesmo se encontra, a fim de **proteger a vida** ou **tutela da saúde do paciente**, solicito o envio imediato do laudo do exame acima mencionado realizado no IPPF. Entendo a importância do sigilo médico e da proteção dos dados pessoais sensíveis, assumindo as responsabilidades legais pela confidencialidade, isentando o IPPF por qualquer reclamação do paciente por suposto vazamento de dados.

Assinatura do Médico

FOR:263
Revisão: 00
Data:18/08/25

