TERMO DE RETIRADA DE DOCUMENTO E SIGILO

Eu, _____, portador do RG: _____, solicitante, na qualidade de parente até o quarto grau do paciente _____, RG:_____.

DECLARO que manterei sigilo, e não divulgarei, as informações que tiver conhecimento através da documentação médico hospitalar que me foi entregue nesta data, nos termos da Recomendação do Conselho Federal de Medicina nº 03/14. Responsabilizo-me, ainda, por eventual divulgação das informações contidas tanto no prontuário como nos BAM´s.

Teresópolis, _____ de _____de 20___.

Solicitante**:**_____

RG**:**_____

Endereço:_____

Grau de parentesco com o paciente: _____

Relação de documentos entregues pelo solicitante:

( ) RG N°**:**

( ) Declaração Óbito Nº:

( ) Certidão Casamento/ Nascimento/ União Estável

Relação de documentos entregues ao solicitante:

( ) Cópia Prontuário registro Nº:

( ) Cópia Bam

_____

(Solicitante)