

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE RESULTADOS POR TERCEIRO

- CONSIDERANDO que é do interesse do Paciente titular dos dados que o Terceiro acima indicado realize a coleta dos exames em seu lugar.
- Este documento visa a registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o Paciente concorda e concede sua permissão expressa para que os resultados do exame ou procedimento acima identificado sejam coletados pelo Terceiro acima indicado, o qual terá, conseqüentemente, permissão para acessar e manusear os dados sensíveis contidos nos aludidos documentos.
 - O Terceiro indicado se obriga a manter sigilo e discrição quanto as informações contidas nos resultados entregues, bem como a repassar, integralmente, tais informações ao Paciente de forma segura.
 - O Paciente compreende que, após a coleta, a Controladora não responderá por qualquer vazamento, incidente, negligência ou descuido com as informações constantes nos resultados que sejam eventualmente causados pelo Terceiro indicado.

Nome completo do paciente:
CPF:
Terceiro autorizado (nome completo do responsável legal):
CPF:
Exame autorizado:
Código do exame:

Mossoró/RN, (data inserida eletronicamente)

Assinatura do Paciente