



“Apesar de nossa equipe poder lhe dar todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento, procedimentos e exames propostos e todas as suas alternativas. Este formulário atesta sua ciência por meio deste instrumento e conforme resolução nº 3/2014 do CFM, sobre solicitação de cópia de prontuário.

### Termo de Responsabilidade de Solicitação de Cópia de Prontuário

Nome do(a) Paciente: .....  
Data de Nascimento: ...../...../..... Registro no MV: ....., por intermédio de seu Responsável legal:.....  
RG:..... CPF: ..... grau de parentesco: .....  
..... informa que por meio deste instrumento e conforme resolução nº 3/2014 do CFM, sobre solicitação de cópia de prontuário, declaro ser o responsável legal pelo (a) paciente.  
.....

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

**Assinatura do(a) paciente ou responsável:** \_\_\_\_\_

( ) Por não ser alfabetizado(a), o presente TERMO DE AUTORIZAÇÃO OU RESPONSABILIDADE foi lido para o(a) responsável legal do(a) paciente por \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ Mat.: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Testemunha: \_\_\_\_\_

#### O espaço a seguir deve ser preenchido por membro da equipe

Confirmo que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e responsável pelo(a) mesmo(a), o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para o procedimento descrito. Acredito que o(a) paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_

**Assinatura e carimbo:** \_\_\_\_\_

**“Com fundamento na Lei nº 13.787/18, que trata da digitalização dos documentos físicos que fazem parte do prontuário do paciente, informamos que este Termo de Consentimento será destruído após a digitalização, assegurada a integridade, a autenticidade e a confidencialidade do documento digital”.**