

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE LAUDO MÉDICO POR TERCEIROS

Eu, _____,
portador(a) do CPF nº _____ e RG nº _____,
Paciente atendido no **Ambulatório Médico de Especialidades – AME Assis**, AUTORIZO o(a) Sr(a)
_____,
portador(a) do CPF nº _____ e RG nº _____,
a retirar em meu nome o(s) laudo(s) médico(s) referente(s) aos exames realizados nesta unidade.

Declaro estar ciente de que os laudos médicos contém informações pessoais e sensíveis protegidas pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018 – LGPD), e autorizo expressamente que sejam entregues à pessoa acima identificada.

Esta autorização é válida apenas para esta retirada e deverá ser apresentada juntamente com a cópia do documento de identificação do paciente e do autorizado.

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura do Paciente