**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, brasileira, estado civil, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **DECLARO** para os devidos fins que recebi do **HOSPITAL VAZ MONTEIRO,** a senha pessoal e intransferível para obter o acesso ao inteiro teor do prontuário médico de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bem como o referido documento. **DECLARO** também ter sido informado sobre o caráter confidencial das informações contidas no referido prontuário, sendo responsável, sob os termos da legislação aplicável, por eventual repasse da senha de acesso e/ou de qualquer informação sensível da paciente, constante do prontuário médico disponibilizado, isentando a **HOSPITAL VAZ MONTEIRO** de qualquer responsabilidade pelo acesso indevido e/ou divulgação de informações contidas no documento.

Por ser verdade, firmo o presente.

Lavras,\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARANTE**