



## **Permissão para discutir verbalmente informações confidenciais de saúde**

Eu, \_\_\_\_\_, dou minha permissão para  
você discutir minhas informações médicas com a (s) seguinte (s) pessoa  
(s):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Eu entendo que esta permissão é válida até que haja uma revogação por  
escrito.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente

\_\_\_\_\_  
Data