



**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA UTILIZAÇÃO DAS
INFORMAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS NO PEP
(PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE)**

Eu, _____, CPF nº _____,
telefone nº _____, Data Nascimento ____/____/____. Representando
legalmente _____,
nascido em ____/____/____, CPF nº _____, declaro por meio
deste termo, de forma livre e consentida, que:

- (I) fui informado (a) pela Unimed de Presidente Prudente Cooperativa de Trabalho Médico que minhas informações assistenciais (identificação do paciente, laudos de exames médicos – laboratoriais e de imagens, anotações importantes em consultas e internações, tratamentos submetidos, entre outros) serão inseridas no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), que observará as orientações de determinações da Resolução CFM nº. 1638/2002, permitindo a integração dos meus dados e a coordenação do cuidado com a minha saúde pelos médicos cooperados e pela rede credenciada da Unimed de Presidente Prudente Cooperativa de Trabalho Médico;
- (II) **AUTORIZO** a Unimed de Presidente Prudente Cooperativa de Trabalho Médico a inserir minhas informações assistenciais no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), que serão acessadas **exclusivamente por médicos e profissionais da área de saúde**, com uso de usuário e senha (acesso restrito), que se comprometem a preservar o sigilo das informações, assegurando privacidade dos dados manuseados.

Presidente Prudente – SP, ____ de _____ de 2020.

Nome por Extenso

Assinatura