

**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE  
(GRAVAÇÃO DA CONSULTA MÉDICA PELO PACIENTE)**

**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_; CPF: \_\_\_\_\_;  
Endereço: \_\_\_\_\_.

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (se houver):**

Nome: \_\_\_\_\_; CPF: \_\_\_\_\_;  
Endereço: \_\_\_\_\_;  
Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_.

**DECLARO** que solicitei autorização ao médico(a) para a gravação da minha consulta médica e que fui devidamente esclarecido(a) de que a referida gravação se destina exclusivamente ao meu uso pessoal, com a finalidade de auxiliar na compreensão e acompanhamento das orientações recebidas.

**DECLARO** que tomei conhecimento de que a imagem, voz e honra do(a) médico(a) são protegidos pelo Art. 5º, inciso X, da Constituição Federal, segundo o qual *“são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”*.

**DECLARO** que, por se tratar de direitos da personalidade, devo adotar as medidas de guarda adequadas em relação à gravação, de modo a afastar os riscos de vazamento e do acesso indevido por terceiros.

**DECLARO**, ainda, que estou ciente de que não posso divulgar a gravação sem a prévia autorização do(a) médico(a), sob pena da adoção das medidas cíveis e criminais cabíveis contra a minha pessoa.

Por estar plenamente esclarecido(a) sobre a restrição do uso da gravação e as implicações legais em caso de descumprimento, assino o presente termo, em 2 (duas) vias de igual teor e forma.

|                   |                                       |
|-------------------|---------------------------------------|
| <b>Paciente:</b>  | <b>Responsável legal (se houver):</b> |
| Assinatura: _____ | Assinatura: _____                     |
| Nome: _____       | Nome: _____                           |
| CPF: _____        | CPF: _____                            |

**PREENCHIDO PELO(A) MÉDICO(A):** Autorizei o paciente e/ou seu responsável legal a proceder à gravação da consulta médica e expliquei acerca das restrições ao uso da gravação, proibindo expressamente sua divulgação a terceiros.

Nome do(a) Médico(a): \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo