



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o(a) senhor(a)

inscrito no CPF _____, é portador (descrever a
doença) _____

Palmas-TO, ____/____/____

Assinatura e carimbo médico

Eu, _____ autorizo o médico _____
_____, CRM-TO: _____ a liberação de meu
diagnóstico conforme Pareceres Consulta CFM nº. 11/88, 25/88 e 32/90.
Associado ao Artigo 73 do Código de Ética Médica (por motivo justo, dever legal
ou permissão do paciente ou de seus responsáveis legais).

PACIENTE