

**TERMO DE REQUERIMENTO DE SEGUNDA OPINIÃO
MÉDICA DE PROFISSIONAL NÃO PERTENCENTE
AO CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL**

Nome do Paciente:	
Data de Nascimento:	Nº do Registro/Atendimento:

Eu, _____,
RG nº _____, prontuário nº _____, atualmente internado
no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo (HSVP), declaro que desejo receber segunda
opinião médica sobre meu estado de saúde e o tratamento médico proposto no HSVP, para tanto,
indico o Dr. _____, CRM/RS nº _____,
para que me examine e tenha acesso ao meu prontuário, onde estão registradas minhas infor-
mações médicas. Tenho conhecimento que a escolha e contratação deste profissional se dá
sob minha inteira responsabilidade, sendo que sei que responderei por eventuais despesas ou
honorários em relação ao médico acima nominado.

Tenho ciência de que o médico indicado acima não poderá interferir no tratamento médico dis-
pensado pela equipe médica do HSVP ou modificar de qualquer maneira as condutas estabe-
lecidas. Caso opte por tratamento médico diverso do que me foi proposto pela equipe médica,
entendo que este deva se dar em hospital outro que não o HSVP.

Passo Fundo, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do paciente

ou

Assinatura do responsável legal