Autorização para a realização da Auditoria em Saúde – Visita Hospitalar

A Operadora de Saúde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome da operadora), CNPJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, localizado em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(endereço, número, Cep, Estado), autoriza por meio desde documento que o auditor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome do auditor), CRM/Coren\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, realize visita hospitalar, na instituição de saúde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome da instituição), CNPJ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, localizada no endereço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(endereço, número, Cep, Estado). A visita hospitalar deverá ser realizada no período de internação do beneficiário\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome do beneficiário), carteira nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Esta autorização é regida pela aceitação de todos os termos e condições no que trata a Lei Geral de Proteção de Dados, assim como, das normas estipuladas pela SAÚDE FLIX.

A presente autorização é válida a partir do dia \_\_\_\_\_\_\_ (dia/mês/ano), das \_\_\_\_\_ horas até o dia da \_\_\_\_\_\_\_ (dia/mês/ano) às \_\_\_\_\_horas.

Fica o auditor, não autorizado a realizar visita hospitalar relacionada a este documento fora das datas e prazos estipulados.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Cidade/UF

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável – Operadora de Saúde