
title: “Termo de Consentimento para Uso da Plataforma” document_type: “Documentação Legal” system: “Gorgen - Aplicativo de Gestão em Saúde” version: “1.0” status: “Rascunho” last_updated: “26/01/2026”

updated_by: “Manus AI”

Controle de Versão

<i>Campo</i>	<i>Valor</i>
<i>Versão</i>	<i>1.0</i>
<i>Status</i>	<i>Rascunho</i>
<i>Última Atualização</i>	<i>26/01/2026</i>
<i>Atualizado por</i>	<i>Manus AI</i>

TERMO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE PARA USO DA PLATAFORMA DIGITAL DE PRONTUÁRIO MÉDICO - SISTEMA GORGEN

Versão 1.0 | Janeiro 2026

Eu, [Nome Completo do Paciente], [Nacionalidade], [Estado Civil], portador(a) do RG nº [Número do RG] e inscrito(a) no CPF sob o nº [Número do CPF], residente e domiciliado(a) em [Endereço Completo], doravante denominado(a) **PACIENTE**, por meio deste termo, concedo meu consentimento livre, informado e inequívoco para que meus dados de saúde e meu prontuário médico sejam criados, armazenados e gerenciados em formato eletrônico através do **Sistema Gorgen**, sob a responsabilidade do Dr. André Gorgen, doravante denominado **MÉDICO**.

Declaro que fui devidamente informado(a) e comprehendo os seguintes pontos:

1. Natureza da Plataforma:

- Entendo que o Sistema Gorgen é uma plataforma digital segura que substitui o prontuário em papel, utilizada para registrar todo o meu histórico de saúde, incluindo consultas, diagnósticos, exames, tratamentos e prescrições.

2. Segurança e Confidencialidade:

- Fui informado(a) de que o Sistema Gorgen utiliza tecnologia de ponta, incluindo criptografia e controle de acesso rigoroso, para proteger minhas informações contra acesso não autorizado, em total conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e as normas de sigilo médico.

3. Acesso às Minhas Informações:

- Compreendo que terei um portal de acesso exclusivo e seguro para visualizar minhas próprias informações de saúde, agendamentos e documentos.
- Estou ciente de que, além de mim e do meu médico, a equipe administrativa autorizada poderá ter acesso limitado aos meus dados cadastrais e financeiros (não clínicos) apenas para finalidades de agendamento e faturamento.

4. Perpetuidade do Prontuário Médico:

- Fui claramente informado(a) de que, por força da regulamentação médica (Resolução CFM nº 1.821/2007), as informações do meu prontuário são permanentes e não podem ser apagadas. Entendo que correções podem ser feitas, mas o registro original será sempre preservado para garantir a integridade do meu histórico de saúde.

5. Período de Guarda:

- Estou ciente de que meus dados de saúde serão mantidos em segurança por um período mínimo de 20 (vinte) anos após o meu último atendimento, conforme exigido pela legislação médica.

6. Documentos do Sistema:

- Declaro que tive a oportunidade de ler e compreender a **Política de Privacidade** e os **Termos de Uso** do Sistema Gorgen, que são partes integrantes deste

consentimento.

7. Revogação do Consentimento:

- Entendo que posso, a qualquer momento, revogar este consentimento. A revogação implicará no encerramento do uso da plataforma para futuros registros, mas não resultará na exclusão dos dados já existentes, que devem ser mantidos em arquivo seguro pelo período legal obrigatório.

Ao assinar este termo, manifesto minha concordância plena com a utilização do Sistema Gorgen como plataforma oficial para a gestão do meu prontuário médico e demais dados de saúde durante meu tratamento com o **MÉDICO**.

[Local], [Data].

[Nome Completo do Paciente]

CPF: [Número do CPF]