

TERMO DE CONSENTIMENTO

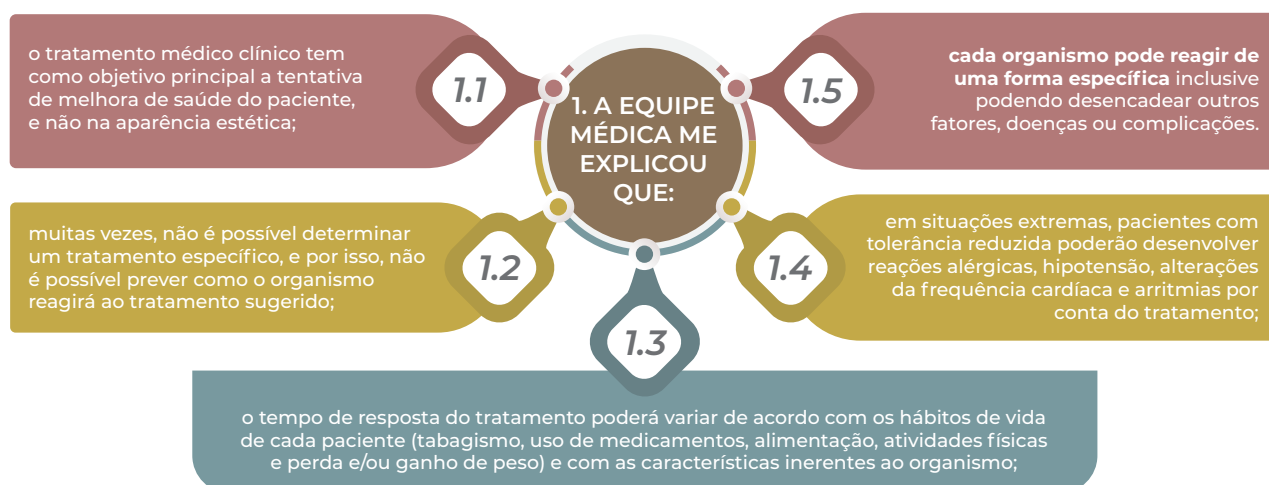
TRATAMENTO CLÍNICO DERMATOLÓGICO



Orientações prévias:

- **leia** atentamente todo o conteúdo deste documento;
- **informe** todas as suas dúvidas ao médico;
- **assine** o termo somente após ter todas as dúvidas sanadas.

NOME MÉDICO	CRM
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	



acordo do paciente

- 2** > Declaro estar ciente que a **falta de informações**, para a equipe médica, como: hábitos (alimentares e de saúde), uso de medicamentos de rotina, tratamentos cardíacos, hormonais e de emagrecimento, e procedimentos realizados anteriormente, **poderá incorrer em risco de vida**, além de interferir no resultado desse tratamento.
- 3** > Comprometo-me a realizar todo o tratamento médico, realizar os exames necessários para a minha melhora e retornar às consultas médicas conforme orientação médica.
- 4** > Estou ciente da necessidade de solicitar ao profissional anterior o meu prontuário médico para que esse tratamento possa ser melhor planejado e conduzido pela equipe técnica.

5



Declaro estar ciente que, para o melhor tratamento, é possível a indicação de profissionais de outras especialidades para auxiliar no diagnóstico e tratamento. Que as despesas geradas são de minha inteira responsabilidade.

6



Este tratamento clínico não obriga a entrega de resultados estéticos, tampouco vincula essa esse tratamento ao tratamento que ocasionou a intercorrência aqui tratada.

acordo do paciente

SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Eu autorizo que a equipe médica utilize os meus registros (vídeos, som e imagem) para executar os procedimentos propostos, para fins de complementação documental do meu prontuário médico e discussão do caso clínico com outros colegas médicos. Fica explícito ainda, que o compartilhamento de imagens, tratamento de dados e outros, se dará somente entre a equipe multidisciplinar e médico assistente deste procedimento.

Durante a consulta e atendimento pela recepção houve a coleta de dados pessoais (CPF, Nome, Telefone, E-mail, Endereço e Informações sobre saúde e hábitos) para questões fiscais e a condução médica adequada. Os dados serão armazenados e preservados por período indeterminado e compartilhados com terceiros, somente quando indispensável para a continuidade ou adequação do tratamento.

Os pacientes, a qualquer momento, poderão: (i) ter acesso às informações cadastradas, (ii) solicitar a atualização ou correção dos seus dados; (iii) solicitar a eliminação de dados que não impactem o histórico de atendimento médico bem como, a total ou parcial, revogação deste consentimento, **mediante termo de solicitação**, nos termos da Lei.

acordo do paciente

Declaro que li a integralidade do conteúdo deste termo, concomitante à explicação verbal da equipe médica e que tive a oportunidade de sanar toda e qualquer dúvida relativa ao procedimento ao qual, voluntariamente, irei me submeter. Assim, dou o meu consentimento à equipe médica para realizar os procedimentos necessários me comprometendo a seguir todas as orientações médicas.

Importante: em caso de dúvidas, esclarecimentos, desconfortos, ou efeitos não esperados recomenda-se o contato imediato com a equipe médica.

_____, ____ de _____ de _____

Paciente:
CPF:

Dr.
CRM/