

TERMO DE CONSENTIMENTO TELEMEDICINA



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	

A consulta, por mim autorizada, me foi detalhadamente explicada pela equipe médica, por isso, entendi que:

O Conselho Federal de Medicina e o Ministério da Saúde reconhecem e regulamentam a prática da **TELEMEDICINA** como forma de serviços médicos, através da Resolução nº 2.314/2022, para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões, gestão e promoção de saúde.

1. ENTENDO E CONCORDO QUE:

1.1



não é possível garantir a exatidão do diagnóstico, uma vez que o parecer médico se dará unicamente com base nas informações por mim relatadas e pelas imagens disponibilizadas;

1.2



em caso de impossibilidade de diagnóstico ou tratamento médico em decorrência da falta de exame físico ou qualquer necessidade especial, necessitarei comparecer à consulta presencial com todos os cuidados necessários;

1.3



a ausência do exame físico poderá dificultar a conclusão médica;

1.4



sejam realizadas gravações de áudio e vídeo das consultas médicas, com o objetivo de garantir a integridade e segurança das informações prestadas, e registro do atendimento em prontuário médico físico ou digital.

acordo do paciente

2. ESTOU CIENTE SER INTEIRAMENTE DE MINHA RESPONSABILIDADE:

- 2.1 >>> realizar o pagamento da consulta médica;
- 2.2 >>> ser sincero com todas as informações prestadas durante a consulta, não ocultando informações como uso de medicamentos, drogas, hábitos alimentares e atividades físicas;
- 2.3 >>> buscar uma unidade médica presencial em caso de agravamento do meu estado de saúde;
- 2.4 >>> realizar todo o tratamento indicado pela equipe médica.

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 e para discussão do caso clínico com outros colegas médicos.

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.(a):
CRM: