

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, para discussão do caso clínico com outros colegas médicos, para fins de pesquisa acadêmica, publicações em redes sociais, publicações acadêmicas, cursos, palestras e congressos 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: