

TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO ELETRÔNICO PARA CONSULTA À DISTÂNCIA, considerando o disposto na Portaria MS 467/20

Declaro ter ciência que:

- (i) o atendimento por telemedicina possui algumas limitações;
- (ii) poderá ser necessária a realização de exames complementares, a critério do médico;
- (iii) poderá ser necessária complementar com uma consulta presencial para realização de exame clínico, a critério do médico;
- (iv) deverei procurar uma unidade de pronto atendimento ou hospitalar em caso de quadro de saúde de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA;
- (v) a consulta eletrônica é individual e pontual, e não garante ao Paciente o direito ao atendimento por tempo indeterminado ou à disposição do médico em outros horários não acordados previamente entre as partes;
- (vi) falhas na conexão da internet podem exigir o cancelamento e remarcação da consulta; estou ciente da necessidade de testar meu equipamento 15 minutos antes da hora agendada para a consulta;
- (vii) deverei preservar e manter a confidencialidade das imagens (foto e vídeo), dos dados, dos diálogos, orientações, prescrições e todo o conteúdo referentes à teleconsulta;
- (viii) autorizo a utilização de tecnologia e aplicativos da internet como forma de comunicação e remessa de receitas, pedidos de exames, relatórios, ou atestados, ciente das vulnerabilidades do sistema quanto ao sigilo da informação, assumindo eventuais riscos;
- (ix) concordo com a entrega de material físico de solicitação de exames, receitas, relatórios ou atestados médicos a portador autorizado por mim, e a meu pedido, observando-se, a necessidade de proteção de todas as informações,

Por fim, declaro ter lido as informações e orientações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito.

Assim, expresso meu pleno consentimento para a realização da teleconsulta.