

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ATENDIMENTO A DISTÂNCIA - TELECONSULTA

Eu, _____ inscrito no CPF/MF sob o nº _____, dou expressa e plena autorização ao Dr(a) (qualificação do médico associado), inscrito no CRM___ sob o nº _____, RQE sob o nº _____, para realizar o atendimento de consulta à distância através de serviços eletrônicos.

Declaro ter ciência que:

I. O atendimento a distância é limitado por não permitir a realização do exame físico presencial. Poderão ser executadas algumas manobras de telepediátrica, que é o exame físico à distância. Por isso é ainda mais importante informar todos os dados e informações possíveis, não omitindo nenhuma informação referente ao problema de saúde, colaborando assim para o bom aproveitamento desta consulta;

II. Poderá ser necessário, a critério do médico, a realização de exames complementares para auxiliar no diagnóstico;

II.I. Mesmo após a consulta à distância, poderá ser necessária a minha presença no consultório para uma consulta presencial. Ainda, pode ser necessário o encaminhamento a um serviço de pronto atendimento, a depender da hipótese diagnóstica.

III. A consulta eletrônica à distância, tal qual a consulta presencial, tem seu tempo delimitado e não garante ao paciente o direito à disposição do médico em horário não acordado previamente entre as partes;

IV. A consulta será realizada pela plataforma determinada pelo médico ou pelo serviço de saúde com dados armazenados em prontuário médico sob guarda do médico e cumprida as exigências preconizadas pelo Conselho Federal de Medicina;

V. Para consultas por convênio médico, é necessário o encaminhamento de guias e informações com dados pessoais para as operadoras realizarem o pagamento.

VI. Para consultas particulares, os valores e forma de pagamento serão estipulados e definidos antecipadamente pelo médico, paciente ou representante legal.

Declaro ainda, que autorizo a gravação dessa consulta, a critério do médico, e tenho ciência que as informações serão guardadas em prontuário médico, cujo sigilo e confidencialidade repousam nas regras consagradas do Código de Ética Médica, Resolução nº 2217/18 do Conselho Federal de Medicina.

Por fim, declaro ter lido e entendido as orientações contidas no presente instrumento, as quais entendi completamente e aceito, ciente que estão atendidas as exigências da Lei nº 8078/90, a inferir, portanto, meu expresse e pleno consentimento para a realização da teleconsulta.

Local e Data

Assinam:

Nome e CPF (Paciente)
CPF/MF nº

Dr. (a)
CRM nº
RQE nº