

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TELESSAÚDE**

Nome do(a) Paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do(a) Profissional de Saúde : \_\_\_\_\_

Sigla e número do Conselho de Classe Profissional : \_\_\_\_\_

**• 1. Das informações preliminares:**

- 1.1. Considerando o período de excepcionalidade ocasionado pela pandemia do Covid-19;
- 1.2. Considerando a manifestação positiva do Conselhos Federais de Medicina, Psicologia, Nutrição , Fisioterapia, Fonoaudiologia e outros ,no sentido de autorizar o atendimento da população via teleconsulta;
- 1.3. Fica o paciente ciente de que se trata de atendimento em caráter excepcional, enquanto perdurar a situação emergencial de saúde pública decorrente do Covid-19;
- 1.4. Fica o paciente ciente e concorda que o atendimento à distância poderá ser rejeitado, caso não venha a surtir o efeito necessário no paciente, ou poderá ser substituído pela consulta presencial, a critério do médico;
- 1.5. Fica o paciente ciente que o sigilo e a integridade das informações serão resguardados pelo profissional de saúde

**• 2. Dos riscos:**

- 2.1. Declaro que é de minha expressa e espontânea vontade passar informações sobre a minha saúde, através de meios de comunicação *on line* (à distância), estando sujeito às seguintes situações:
  - perda de conexão durante a teleconsulta;
  - necessidade de nova conexão para continuidade da teleconsulta;
  - variação no estabelecimento da conexão.
- 2.2. Declaro que estou ciente de que as informações por mim prestadas, por meio *on line*, poderão ser gravadas e armazenadas pelo profissional de saúde acima mencionado, que guardará o devido sigilo, seguindo rígidos padrões éticos, técnicos e legais.

**• 3. Das considerações finais:**

- 3.1. Por tal razão, declaro estar ciente de que o atendimento via teleconsulta foi escolhido por mim, em conjunto com meu médico, diante da impossibilidade da consulta presencial, devido à pandemia do Covid-19, e expresso o meu consentimento para realização da consulta em questão.

Assinatura do(a) paciente e/ou responsável: \_\_\_\_\_

(Será aceito o “de acordo” em email ou whatsapp em resposta ao envio deste documento pelo profissional de saúde)