

## Termo de consentimento livre e esclarecido do paciente

A teleconsulta é a possibilidade de realizar uma consulta médica de forma remota, por meio de tecnologias seguras de comunicação online, como videoconferência ou aplicativos de videochamadas, utilizando computadores, tablets ou smartphones para a função.

**IMPORTANTE:** Esta orientação aplica-se ao acompanhante ou responsável legal, quando o (a) paciente estiver incapaz de compreender o texto. Caso haja alguma dúvida, por favor, esclareça com seu médico ANTES do atendimento.

Pelas informações e orientações acima mencionadas, **DECLARO QUE:**

1. Declaro que segui as informações de preparação para a teleconsulta conforme orientado no ato do agendamento.
2. Devo estar em local reservado (local separado) sem a presença de outras pessoas, exceto as que o(a) médico(a) considerar necessárias para o processo do atendimento;
3. Compreendo que não é possível garantir um resultado específico após o atendimento que o(a) médico(a) infra-assinado estará empenhado em obter o melhor resultado para minha saúde. Todos os esforços serão empenhados neste sentido, sendo que, visando tal fim e mediante os achados durante o atendimento, poderá ser necessária a execução/encaminhamento para outros procedimentos diversos da proposta terapêutica inicial;
4. Estou ciente que é assegurado ao médico a autonomia de recusar o atendimento via teleconsulta, indicando o atendimento presencial sempre que entender necessário, nos moldes do artigo 4º da Resolução 2.314/2022 do CFM;
5. Estou ciente que, em casos de urgência e emergência, devo me dirigir ao pronto atendimento mais próximo.
6. Estou ciente que receberei instruções relativas aos cuidados que deverei tomar após a realização da teleconsulta e demais orientações médicas que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado;
7. Estou ciente que o tratamento não se limita a este atendimento, pois ele sozinho não garante a cura, e que dependendo da evolução do quadro de saúde, o médico pode alterar as condutas já tomadas.
8. Estou ciente que deverei retornar em consulta médica para dar prosseguimento ao tratamento, caso indicado pelo médico;
9. Estou ciente que por meio da plataforma de telemedicina, transmitirei ao médico minhas informações pessoais e de saúde via videoconferência, bem como permito o registro dos dados coletados através da videoconferência em meu prontuário, para todos os fins. Estou ciente de que é necessário ter em mãos algum documento oficial com foto no momento da consulta. Estou ciente de que paciente menor de 18 anos deve estar acompanhado, no momento da consulta, de um responsável legal. Tenho ciência de que não são permitidas consultas em veículos ou meios de transporte em movimento, bem como em locais como praças de alimentação de shoppings, parques, praças e outros locais públicos. Tenho ciência de que é expressamente proibido gravar, filmar e fotografar a Teleconsulta, sob pena de responder legalmente caso isso ocorra.

10. Nada omitirei em relação a minha saúde e que esta declaração passa a fazer parte do meu prontuário;

11. Li e compreendi o conteúdo deste documento e autorizo que o atendimento seja realizado da forma como exposto, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, às quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a concretude de cada evento.

12. Autorizo o acesso aos meus dados pessoais e de saúde disponíveis na plataforma pelo médico que realizará a consulta, com a finalidade exclusiva de realizar adequadamente o atendimento;

13. Estou ciente de que meus dados, bem como histórico de saúde proveniente de outras teleconsultas realizadas na Comfort Family Clinic, poderão ser compartilhados com o médico que irá atender.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos.