

## TERMO DE CONSENTIMENTO E AUTORIZAÇÃO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento particular o (a) paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ declara para todos os fins legais e de direito que dá plena autorização à medicação para realizar as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde bem como condutas terapêuticas na modalidade de telemedicina conforme autorizado pela portaria 467 de 23/03/2020 do Ministério da Saúde em virtude do estado de calamidade por conta da pandemia mundial de COVID-19.

• Declara que:

1. O referido médico informou sobre as limitações desse tipo de atendimento e o caráter de exceção do mesmo;
2. O referido médico, atendendo ao disposto nos artigos 22 e 34 do Código de Ética sugeriu o tratamento médico, prestando informações detalhadas sobre diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento.
3. Está ciente de que os atendimentos são eletivos, ou seja, previamente agendados, não estando o médico disponível 24 horas/dia.

• Declara ainda ter lido as informações contidas no presente instrumento as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo médico e ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

• Declaro ter ciência que:

1. O atendimento à distância impede o médico de realizar o exame físico e por conta desta limitação, poderá ser necessário uma consulta presencial complementar;
2. Em caso de instabilidade ou perda da conexão poderá ser necessária a remarcação do atendimento;
3. Deverei fornecer todas as informações, sem omitir qualquer informação sobre minha saúde; poderá ser necessária a solicitação de exames complementares, como por exemplo, exames laboratoriais e de imagem;
4. Conforme a avaliação do médico, poderei ser encaminhado para outro médico ou pronto socorro;
5. A gravação da consulta, por imagem ou áudio poderá ser realizada, desde que previamente informada, sob pena de lei se não o for e o registro em prontuário médico terá o sigilo e integridade das informações resguardados pelo médico, conforme exigido por lei.

- Declara que se concordar, assinará, enviará uma cópia ao médico e guardará o original a ser entregue após o fim da pandemia.
- Declaram estar em ambiente privativo, e evitar ambientes públicos.
- Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o médico a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que nesse caso, fica o mesmo autorizado, desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.
- Declara também que em caso de quadro de saúde de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA devo procurar uma unidade de pronto atendimento ou hospitalar.

O paciente tem direito a um retorno em até 30 (trinta) dias, presencial ou por telemedicina. Mais de um retorno em menos de 30 (trinta) dias ou a realização do retorno com mais de 30 (trinta) dias devem ser negociados entre as partes.

A consulta via telemedicina é um ato remunerado e deve ser feita antecipadamente ao atendimento e após a concordância deste.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns riscos e complicações relacionadas ao tratamento proposto, bem como das limitações inerentes ao atendimento à distância e o caráter excepcional do mesmo, expresse meu pleno consentimento para a sua realização.

Nome completo:

Assinatura:

Local \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_