

TERMO DE CONSENTIMENTO

Fui informado que a VIDEOCONSULTA se trata do exercício da medicina aplicado por tecnologia, possibilitando o contato remoto entre médico e paciente, para os fins exclusivos de orientação médica, e que a minha adesão ao presente atendimento por VIDEOCONSULTA está sendo realizada por minha livre escolha.

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.

Concordo que minhas informações pessoais poderão ser compartilhadas com outros profissionais de saúde, e que a presente autorização é concedida a título gratuito, por tempo indeterminado, em todo o território nacional, sob qualquer forma e meios, bem como, declaro que me foi informada e concedida a possibilidade de não concordância ao armazenamento e compartilhamento mencionados podendo, inclusive, revogar tal aceite a qualquer momento, situação em que devo entrar em contato direto com o prestador desse serviço.

Por fim, declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras, bem como que, por ser a expressão da minha vontade, autorizo o uso acima descrito, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos a meus dados pessoais e de saúde compartilhados.

Caxias do Sul, _____ de _____ de 2021.

(Assinatura)