

## **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Teleconsulta**

Por este instrumento particular, eu, **[nome]**, portador (a) do RG **[nº]** e do CPF **[nº]**, informo que me foram esclarecidas as características da Teleconsulta, as minhas responsabilidades e as do (a) médico(a) que me atendeu, e que houve minha concordância antes de iniciar a Teleconsulta com o (a) Dr. (Drª) **[nome]**, inscrito (a) no CRM sob o nº [número] – Estado, usando dispositivo [ ].

Estou realizando a Teleconsulta a partir de **[endereço]**. Na ocasião, recebi as seguintes informações:

- a Teleconsulta é admitida como prática médica ética em caráter temporário e extraordinário, enquanto durar a emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII) (artigo 3º da Lei nº 13.979/2020 e artigo 37º do Código de Ética Médica);
- a **[plataforma]**, plataforma utilizada na referida Teleconsulta segue as normas HIPAA compliance para assegurar a proteção e o sigilo das informações contra vazamento de dados;
- uma vez que tem minha concordância, o (a) médico (a) poderá fazer uma gravação durante o atendimento para fins exclusivamente de uso no prontuário de atendimento médico. Caso não seja feita a gravação, o (a) médico (a) fará o registro no seu prontuário médico;
- irei receber um laudo com a síntese do atendimento realizado;
- pelo sigilo do atendimento médico, não poderei fazer qualquer gravação sem autorização explícita do (a) médico (a) que prestou atendimento;
- durante a Teleconsulta, 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;
- todas as informações estão asseguradas pelo sigilo médico, e como tal, devo garantir sua confidencialidade;

- todas as informações relatadas por mim são verídicas, sabendo que são fundamentais para a investigação médica;
- caso o (a) médico (a) considere necessário, poderá solicitar meu comparecimento ao consultório para a realização de exame físico ou subsidiário complementares;
- a Teleconsulta prestada é uma consulta médica a distância e por representar um Ato Médico, é passível de cobrança. Na ocasião, fui informado (a) também sobre o valor do atendimento, para atendimento na modalidade particular;
- em atendimentos via suplementar (plano de saúde), fui informado (a) que devo quitar o valor da Teleconsulta, caso o plano de saúde não autorize esse tipo de atendimento. Da mesma maneira, fui informado (a) sobre algumas orientações que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou em relação ao assunto (Nota Técnica nº 6/2020/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO). O documento estabelece que “atendimentos realizados pelos profissionais de saúde que compõem a rede assistencial do plano, aos seus beneficiários, por meio de comunicação a distância, na forma autorizada por seu conselho profissional, serão de cobertura obrigatória, uma vez atendida a diretriz de utilização do procedimento e de acordo com as regras pactuadas no contrato estabelecido entre a operadora e o prestador de serviços. Do mesmo modo, caso o plano do beneficiário tenha previsão de livre escolha de profissionais, mediante reembolso, o atendimento realizado por meio de tal modalidade também terá cobertura e deverá ser reembolsado, na forma prevista no contrato.”

Confirmando que li, compreendi e concordo com todos os termos deste Termo de Ciência e Consentimento Livre e Esclarecido para Teleconsulta, com validade por .....**[prazo]**.