**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**PARA ATENDIMENTO A DISTÂNCIA – TELECONSULTA (TELEMEDICINA)**

**PACIENTE**:

Nome:

CPF nº RG nº Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone: E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Responsável** (pacientes menores ou incapazes):

Nome: Grau de Parentesco com o Paciente:

CPF nº RG nº Data de Nascimento:

**O PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL acima identificado(s) expressamente DECLARA(M) que buscaram o médico abaixo identificado por livre e espontânea vontade para fins de** **realização de atendimento via TELEMEDICINA**:

**Nome do médico**

**Instituição:**

**CRM:** **CNES:** **RQE:**

**PLATAFORMA DE TELECONFERENCIA:**

**Para ser possível o atendimento procurado, via TELEMEDICINA, na condição de PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL, DECLARO expressa e** **ciência plena do seguinte:**

1. **CONSIDERAÇÕES E INFORMAÇÕES INICIAIS SOBRE A TELEMEDICINA:**
   1. Considerando o **período crítico e excepcional decorrente da pandemia do COVID-19**;
   2. A **legalidade do atendimento a distância e prática da TELEMEDICINA** em conformidade com e normas expedidas pelas autoridades competentes, notadamente a Portaria nº 467, de 20 de março de 2020, e Resolução nº 1643, de 26 de agosto de 2002, do Conselho Federal de Medicina e Lei Federal nº 13.989, de 15 de abril de 2020.
   3. O **caráter excepcional e temporário** do atendimento à distância, enquanto perdurar a pandemia;
   4. A **TELEMEDICINA**, entre outros, é entendida como o **exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde, não sendo possível a realização de exame físico**;
   5. **No atendimento à distância (TELECONSULTA) poderá ser determinado pelo médico atendente a necessidade de encaminhar o paciente para avaliação presencial por este ou por outro médico a depender da localidade em que o paciente se encontra e da urgência em fazê-lo;**
   6. O atendimento a distância se trata de **ato médico de relevância**, a ser promovido com seriedade e observância dos protocolos, e do sigilo e a integridade das informações que serão resguardados pelo médico;
   7. Para ser possível o atendimento na modalidade da TELEMEDICINA, as condições necessárias devem **ser atendidas cumulativamente** pelo PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL:
2. **com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;**
3. **possuir smartphone, laptop ou computador com câmera;**
4. **acesso à rede de computadores (internet) de qualidade;**
5. **utilizar fones de ouvido e escolher local sem ruídos e bem iluminado, para melhor comunicação;**
6. **ter em mãos resultados de exames e/ou dados para acesso a resultados online;**
7. **respeitar o objetivo da consulta, podendo participar o PACIENTE acompanhado de um familiar ou responsável;**
8. **ter disponível impressora, e também scanner ou câmera fotográfica de boa definição no celular ou laptop.**
   1. A consulta eletrônica à distância, tal qual a consulta presencial, **tem seu tempo delimitado e não garante ao paciente o direito à disposição do médico em horário não acordado previamente entre as partes**;
9. **DA AUTORIZAÇÃO PARA A PRÁTICA DA TELEMEDICINA.**
   1. **Declaro ter ciência que:**
   2. O atendimento a distância possui algumas limitações;
   3. Para o bom aproveitamento e analise do médico devo informar todos os dados possíveis, não omitindo nenhuma informação acerca dos meus sinais e sintomas;
   4. A precisão das minhas informações se faz necessárias em virtude da ausência de avaliação clínica pelo médico;
   5. Poderá ser necessária a complementação com exames para um melhor diagnostico e escolha da conduta terapêutica;
   6. Poderá ser necessária a minha presença ao consultório para a realização de exame clínico, a critério do médico;
   7. Poderei ser encaminhado, segundo a avaliação do médico, para um serviço de saúde ou para isolamento;
   8. A conduta eletrônica é pontual e não garante ao paciente o direito ao atendimento por tempo indeterminado ou a disposição do médico em outros horários não acordados previamente entre as partes;
   9. A consulta é individual, não poderei fazer uso da imagem, áudio ou vídeo dessa consulta sem a autorização do médico;
   10. Autorizo a utilização de e-mail/ WhatsApp ou SMS como forma de comunicação e remessa de informação ciente das vulnerabilidades do sistema de eleição quanto ao sigilo da informação assumindo os ricos decorrentes;
   11. Meus dados trafegarão pela internet, sendo, porém, os dados médicos coletados nessa consulta registrados em meu prontuário e armazenados em ambientes seguros.
10. **DA CONTRAPRESTAÇÃO FINANCEIRA**
    1. Estou ciente e concordo que, **para consultas por convênio médico, se houver cobertura pelo plano de saúde, é necessário o encaminhamento de guias e informações com dados pessoais para as operadoras realizarem o pagamento**.
    2. No caso de **não haver cobertura pelo plano de saúde, ou for contratada teleconsulta de forma particular**, os valores e forma de pagamento serão estipulados e definidos antecipadamente pelo médico, paciente e/ou representante legal, **ao que me comprometo em honrar conforme o combinado.**
    3. Fui(Fomos) informado(s) ainda que, **caso não opte por pagamento dos honorários**, se for o caso, **deverei me dirigir a um ambulatório ou hospital para atendimento presencial.**

**POR FIM, O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL DECLARA TER LIDO E ENTENDIDO AS ORIENTAÇÕES CONTIDAS NO PRESENTE INSTRUMENTO, AS QUAIS ENTENDE COMPLETAMENTE E ACEITA, CIENTE QUE ESTÃO ATENDIDAS AS EXIGÊNCIAS LEGAIS, A INFERIR, PORTANTO, MEU EXPRESSO E PLENO CONSENTIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DA TELECONSULTA.**

**LOCAL: DATA:**

**ASSINATURA DO PACIENTE:**