

TERMO DE CONSENTIMENTO, INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DO PACIENTE

CONFORME A PORTARIA Nº 467, DE 20 DE MARÇO DE 2020 E
RESOLUÇÃO CRM-PR-DF Nº 453/2020

• **1. Das informações preliminares:**

- 1.1. Considerando o período de excepcionalidade ocasionado pela pandemia do Covid-19;
- 1.2. Considerando a manifestação positiva do Conselho Federal de Medicina no sentido de autorizar o atendimento da população via Telemedicina;
- 1.3. Fica o paciente ciente de que se trata de atendimento em caráter excepcional, enquanto perdurar a manifestação do Covid-19;
- 1.4. Fica o paciente ciente e concorda que o atendimento a distância poderá ser rejeitado, caso não venha a surtir o efeito necessário no paciente, ou poderá ser substituída pela consulta presencial, a critério do médico, conforme já explicado durante a marcação da consulta;
- 1.5. Fica o paciente ciente que o sigilo e a integridade das informações serão resguardados pelo médico.

• **2. Dos riscos:**

- 2.1. Declaro que é de minha expressa e espontânea vontade passar informações médicas a meu respeito, através de meios de comunicação on-line (a distância), estando sujeito às seguintes situações:
 - perda de conexão durante a teleconsulta;
 - necessidade de nova conexão para continuidade da tele consulta;
 - variação no estabelecimento da conexão.
- 2.2. Declaro que estou ciente de que as informações por mim prestadas, via online, poderão ser gravadas e armazenadas pelo médico acima mencionado, o qual guardará o devido sigilo, conforme exigido por lei.

• **3. Das considerações finais:**

- 3.1. Declaro que estou ciente de que o procedimento visado poderá necessitar de consulta presencial a ser realizada com o meu médico, e que a minha recusa em cumprir o referido protocolo acarretará na não realização dos serviços prestados pelo médico, não ensejando tal fato qualquer dever de reparação;
- 3.2. Por tal razão, declaro estar ciente de que o atendimento via Telemedicina foi escolhido por mim, em conjunto com meu médico, diante da impossibilidade da consulta presencial, devido a pandemia do Covid-19, e expresso o meu consentimento para realização da consulta em questão.
- 3.3. Fui informado(a) ainda que, caso não opte por pagamento dos honorários, se for o caso, deverei me dirigir a um ambulatório ou hospital para atendimento presencial.

Dr. Gustavo Teixeira Grottone
CRM 94017 -SP