

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente _____ e ao seu responsável legal os principais aspectos relacionados ao (à) **TELEATENDIMENTO/TELEORIENTAÇÃO/TELECONSULTA**, que tem por finalidade o acompanhamento e a assistência regulares dos pacientes desta instituição ou o fornecimento de orientação remota interprofissional para pacientes internados em outras instituições.

O espaço a seguir deve ser preenchido pelo responsável pelo paciente.

Eu, _____, documento de identificação
n.º _____, CPF _____, grau de parentesco: _____.

Declaro que:

1. Fui devidamente informado(a) pela equipe do Hospital Pequeno Príncipe sobre os procedimentos para a realização de **TELEATENDIMENTO/ TELEORIENTAÇÃO/TELECONSULTA**.
2. Estou ciente da Resolução n.º 2314/2022 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que regulamenta as ações de telemedicina.
3. Estou ciente da Lei 14.510, de 27 de dezembro de 2022, que autoriza e disciplina a prática da telessaúde em todo o território nacional e revoga a lei de 15 de abril de 2020, além de alterar a Lei 8.080, de 1990.
4. Estou ciente de que a consulta será realizada pela plataforma de TELESSAÚDE PEQUENO PRÍNCIPE, com dados armazenados em prontuário médico sob guarda da instituição e cumpridas as exigências preconizadas pelo Conselho Federal de Medicina.
5. Estou ciente de que a consulta é individual e não garante o atendimento por tempo indeterminado ou a disposição do médico em outros horários não acordados entre as partes.
6. Fui informado(a) de que o atendimento a distância é limitado por não permitir a realização do exame físico presencial. Dessa forma, é ainda mais importante informar todos os dados possíveis, não omitindo nenhuma informação referente ao problema de saúde do paciente, colaborando assim para o bom aproveitamento do teleatendimento/telearorientação/teleconsulta.
7. Estou ciente de que poderá ser necessária, a critério do médico, a realização de exames complementares para auxiliar no diagnóstico.
8. Estou ciente de que é prerrogativa do médico a liberdade e completa independência de decidir quando utilizar a telemedicina, podendo interromper a teleconsulta a qualquer momento, sempre que houver necessidade de avaliação presencial do paciente, e encaminhá-lo para atendimento de urgência/emergência, fazendo os devidos encaminhamentos para a segurança do paciente.
9. O médico informou sobre as limitações inerentes ao uso da teleconsulta, em razão da impossibilidade de realização de exame físico completo, podendo o profissional solicitar a presença do paciente para finalizar a avaliação física.
10. Estou ciente de que é meu direito e/ou do médico optar pela interrupção do atendimento a distância, assim como optar pela consulta presencial, se necessário.
11. **Para pacientes em regime de teleatendimento particular/convênios:** os serviços prestados nas modalidades de telemedicina serão remunerados conforme acordo prévio entre o médico, a instituição, a operadora e o seu paciente, pessoa física ou jurídica.
12. **Para pacientes em regime de teleatendimento particular/convênios:** fui informado(a) sobre o preço da teleconsulta, no momento da contratação via plataforma de TELESSAÚDE PEQUENO PRÍNCIPE, e de que o Hospital ficará responsável pela emissão e encaminhamento do recibo/nota fiscal ao e-mail informado pelo responsável pelo paciente, sendo dispensado(a) nos casos da emissão de nota fiscal eletrônica.
13. Estou ciente das políticas de Cancelamento, Reagendamento e Atraso para teleatendimentos da categoria particular.

14. Estou ciente de que, mesmo após a consulta a distância, o paciente poderá necessitar de consulta presencial. Ainda, pode ser necessário o encaminhamento a um serviço de pronto-atendimento, a depender da gravidade da intercorrência ou de declínio clínico.
15. Estou ciente de que, uma vez consentida a telemedicina, o médico deverá preencher um prontuário para cada paciente, contendo os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do profissional.
16. Autorizo que os dados e informações coletados em prontuário e em decorrência dos atendimentos médicos e da equipe de apoio, se necessário, poderão ser transmitidos e alterados por profissionais do Hospital Pequeno Príncipe e/ou parceiros, que poderão, inclusive, armazená-los na coleta, compartilhá-los, classificá-los, acessá-los, reproduzi-los, avaliá-los, processá-los e transformá-los em novos dados a partir dos antigos.
17. Tenho ciência de que, quando tecnicamente possível e não for prejudicial ao paciente, os dados coletados e armazenados serão anonimizados, preservando as informações e as fontes.
18. Fui informado(a) de que a emissão de receitas, relatórios e atestados médicos a distância é válida em meio eletrônico, durante a realização da teleconsulta/teleorientação, segundo a Portaria do Ministério da Saúde n.º 467, de 20 de março de 2020, com o devido registro eletrônico de autenticação.
19. Autorizo a utilização do meu e-mail e telefone para receber o link da teleconsulta (via e-mail ou SMS), estando ciente das vulnerabilidades e dos cuidados que devo tomar, assumindo os riscos decorrentes disso.
20. Estou ciente de que a telemedicina apresenta limitações por não possibilitar o exame médico presencial, podendo esse ser, em alguns casos, limitados por vídeo e/ou foto.
21. Declaro que é de minha expressa e espontânea vontade repassar informações médicas a respeito da criança ou do adolescente sob minha responsabilidade por de meio de comunicação on-line (a distância), podendo estar sujeito às seguintes situações:
 - a) perda de conexão durante a teleconsulta;
 - b) necessidade de nova conexão para continuidade da teleconsulta;
 - c) variação no estabelecimento da conexão;
 - d) meus dados irão trafegar pela internet. No entanto, os dados sensíveis coletados pelo médico, conforme informado anteriormente, ficarão registrados no prontuário do paciente e armazenados em local seguro;
 - e) estou ciente dos riscos de vazamento de dados que transitam pela internet e de que nem sempre é tecnicamente possível a preservação integral desses dados, tendo em vista as limitações tecnológicas e o sempre constante aprimoramento dos ataques cibernéticos; e
 - f) Estou ciente de que a realização da teleconsulta depende também do adequado funcionamento da internet para ambas as partes.
22. Fui informado(a) de que a privacidade do paciente será mantida e todos os dados sensíveis serão preservados pelo sigilo, incluindo os dados trocados por imagem, texto e/ou áudio entre médico e paciente.
23. Comprometo-me a preservar e manter a confidencialidade das imagens (foto e vídeo), dos dados, dos diálogos, das orientações, das prescrições e de todo o conteúdo referente à forma da telemedicina à qual o paciente foi submetido, sob pena de sanções legais por exposição de dados e imagem. **Da mesma forma, afirmo meu compromisso em não gravar, fotografar ou editar qualquer momento ou etapa do teleatendimento, assim como asseguro minha ciência de que tal fato não tem o consentimento do médico.**
24. Estou ciente de que a assinatura do documento (i) é admitida como válida e verdadeira por meio de certificado digital emitido por entidades credenciadas para tanto, pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil); e (ii) são admitidas como válidas e originais as vias deste instrumento emitidas por meios de comprovação da autoria e integridade de documentos em forma eletrônica, inclusive as que utilizem certificados não emitidos pela ICP-Brasil.
25. Por fim, declaro ter lido as orientações contidas no presente instrumento, as quais entendi completamente e aceito, expressando o meu pleno consentimento para a realização do teleatendimento/teleorientação/teleconsulta.

Em relação aos teleatendimentos psicológicos, declaro que:

26. Estou ciente de que o atendimento psicológico por teleconsulta segue as normativas do Conselho Federal de Psicologia (CFP). O teleatendimento psicológico poderá servir para fins de avaliação psicológica, psicoterapia e/ou orientação psicológica. Esse objetivo será acordado com o psicólogo responsável pelos atendimentos. O psicólogo poderá interromper o atendimento caso avalie que a privacidade e a confidencialidade das informações possam ser violadas.

Em relação às teleconsultorias de especialidades, declaro que:

27. O(A) CONTRATANTE tem ciência da responsabilização do médico presencial (consultante) na aplicação das orientações do médico consultor.
28. Foi ressaltado o caráter de não preferência ou obrigatoriedade na transferência para avaliação presencial ou internamento no Hospital Pequeno Príncipe.
29. O(A) CONTRATANTE autoriza a CONTRATADA a tratar os dados pessoais relacionados ao paciente e/ou seus responsáveis legais, inclusive transferir a terceiros (laboratórios, convênios médicos, empresas parcerias), com observância da finalidade devida, a fim de subsidiar, em favor próprio ou do terceiro/paciente representado, direta ou indiretamente, a prestação de assistência, tratamento ou intervenção médico-hospitalar, assim como todos os demais atos complementares à prestação de serviços integrados de saúde fornecidos pela instituição.

Curitiba, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do responsável: _____

O espaço a seguir deve ser preenchido pelo médico.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e ao seu responsável legal por ele o propósito, os benefícios, os riscos e alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente e o seu responsável entenderam o que expliquei.

Curitiba, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do médico: _____