

# **Termo de Concordância/Autorização**

## **para Serviços de Teleconsulta, Teleorientação e Telemonitoramento**

**ATENÇÃO:** A leitura, compreensão e concordância do presente termo é indispensável para o acesso aos serviços de Telemedicina oferecidos pelo HCFMUSP. Em caso de dúvida, quaisquer que sejam, peça explicações à equipe de Teleconsulta do Instituto. O importante é a sua ciência de que os serviços de Telemedicina somente serão realizados após a sua plena e livre concordância.

Eu, USUÁRIO do sistema/ aplicativo Portal do Paciente HCFMUSP, declaro que fui orientado(a) e esclarecido (a) sobre o termo. Por concordar com a realização do atendimento a distância por meio digitais seguros, ratifico a minha ciência e concordância para as seguintes disposições:

1. a Teleconsulta e o Telemonitoramento (acompanhamento de pacientes da instituição) são admitidos como prática médica ética em caráter temporário e extraordinário, enquanto durar a crise sanitária no Brasil em decorrência da Pandemia pelo CoVid19 (Lei nº 13.989/2020), e seguindo portaria do Ministério da Saúde (portaria 467 de 20/03/2020) e Ofício do Conselho Federal de Medicina (1.756 de 19/03/2020);
2. a Teleconsulta é realizada por meio da plataforma digital segura definida pelo HCFMUSP, a qual segue as normas éticas e exigências preconizadas pelo Conselho Federal de Medicina e a Lei de Geral de Proteção de Dados (LGPD) para assegurar a proteção e o sigilo das informações contra vazamento de dados;
3. o Telemonitoramento se caracteriza pelo monitoramento ou vigilância à distância de parâmetros de saúde e/ou doença sob orientação e supervisão médica, por meio de coleta, transmissão, processamento e manejo de dados clínicos como aquisição direta de imagens, sinais e dados de equipamentos e/ou dispositivos agregados ou implantáveis;

4. Estou ciente da minha responsabilidade com a veracidade dos dados e informações passadas para o médico, pelo serem fundamentais para a boa qualidade do atendimento à distância e que o teleatendimento médico poderá necessitar de complementação de exames físicos feitos presencialmente.
5. A critério médico, poderão ser necessárias as realizações de exames complementares para auxiliar no diagnóstico, ou eventuais encaminhamentos para avaliação de Unidades de Pronto Atendimento para garantir a segurança dos cuidados.
6. Pelo sigilo do atendimento médico, e sob as penas da lei, de que não poderei fazer qualquer gravação da interação com o médico, nem tão pouco encaminhar qualquer arquivo obtido na Teleconsulta para terceiros, salvo se houver a expressa autorização para tanto;
7. 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;
8. Estou ciente de que o médico poderá fazer prescrição eletrônica de medicamentos, emitir orientações, atestados, fazer solicitação de exames e enviar resultados de exames por recursos digitais;
9. Nas situações a Teleatendimentos não SUS, reconheço que esclarecido (a), que os existem pagamento para as consultas, seguindo as normas do HCFMUSP antes da realização dos atendimentos;
10. O presente Termo pode ser atualizado periodicamente em decorrência das mudanças legais e éticas, serei comunicado através do correio eletrônico registrado em meu cadastro, para nova ratificação de concordância.

Deste modo:

- A. Autorizo a(s) gravação(s) dessa(s) consulta(s), a critério do médico, e com a minha anuência, para que o áudio e vídeo sejam integrantes do prontuário médico, com a garantia de guarda, sigilo e confidencialidade, conforme resoluções do CFM, do Código de Ética Médica, Portaria 467/2020 do Ministério da Saúde e LGPD.
- B. Autorizo expressamente ao(s) médico(s) a análise de toda e qualquer documentação médica referente ao meu caso, sem a minha presença física no consultório, para auxiliar no diagnóstico;
- C. Autorizo a utilização dos meus dados de saúde, sem que haja minha identificação (anonimizados ou pseudoanonimizados), para realização de pesquisa e inovação na área de inteligência artificial, que permitirá o desenvolvimento de novos métodos de identificação de doenças e novos protocolos para tratamento de comorbidades.

O presente Termo poderá ser rescindido por mim a qualquer momento, e que com isto, estou ciente de que concordo e aceito a rotina de atendimento presencial do (a) "Instituição".

Ao selecionar a opção "Eu estou ciente dos termos acima" e clicar em "Aceito" declaro que:

- Entendi e concordei com o Termo;
- As informações que forneci no ato da matrícula são verdadeiras e assumo integralmente a responsabilidade pelas mesmas;