



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

COORDENADORIA DE ATENÇÃO BÁSICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TELEASSISTÊNCIA

Nome do usuário: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Eu, _____, portador (a) do CPF nº _____, informo que me foram esclarecidas as características da () Teleinterconsulta () Teleconsulta, as minhas responsabilidades e as do profissional de saúde que me atenderá, e que houve minha concordância para realização do atendimento.

Na ocasião, recebi as seguintes informações:

- A teleconsulta é o atendimento à distância realizado por profissional de saúde de nível superior;
- A teleinterconsulta é a prática de interação e troca de informações entre profissionais de saúde de nível superior;
- A teleconsulta e a teleinterconsulta são admitidas como práticas éticas;
- A plataforma e-SaúdeSP assegura a proteção e o sigilo das informações contra vazamento de dados, segundo as normas da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD);
- Haverá gravação na plataforma e-Saúde SP durante o atendimento para fins exclusivos de registro no prontuário;
- Pelo sigilo do atendimento, não poderei fazer qualquer gravação sem autorização explícita do profissional que prestou atendimento;
- Caso o profissional considere necessário, poderá solicitar atendimento presencial.

Confirmo que li, compreendi e concordo com todos os termos deste Termo de Ciência e Consentimento Livre e Esclarecido para Teleconsulta ou Teleinterconsulta.

São Paulo, ____/____/_____

Assinatura do usuário ou responsável