

## TERMO DE CONSENTIMENTO (TELECONSULTA)



- **1. Das informações preliminares:**

1.1. Considerando o período de excepcionalidade considerando a manifestação positiva do Conselho Federal de Medicina no sentido de autorizar o atendimento da população via Telemedicina;

1.2. Fica o paciente ciente de acordo com o atendimento a distância.

1.3. Fica o paciente ciente de 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 para meu médico, através de meios de comunicação on-line (a distância).

2.2. Declaro que estou ciente de que as informações por mim prestadas, via online, poderão ser gravadas e armazenadas pelo médico, o qual guardará o devido sigilo, conforme exigido por lei.

- **3. Das considerações finais:**

3.1. Declaro estar ciente de que o atendimento via Telemedicina foi escolhido por mim, em conjunto com meu médico, e expresse o meu consentimento para realização da consulta.

- **Nome do Médico**

LUIZ GONZAGA DADALT FILHO

CRM: 54149 SP

