**MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO, INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DO PACIENTE**

**Nome da Paciente:**

• **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 poderá́ ser substituída pela consulta presencial, a critério do médico;

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 não será realizado sem a prévia 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.

**• Nome do Médico e CRM:**