



TERMO DE CONSENTIMENTO E CIÊNCIA PARA TELECONSULTA

Eu _____
(nome do paciente), inscrito no CPF sob o nº ____-____-____, na qualidade de paciente ou representante legal de (nome do paciente), _____, concordo e aceito o atendimento de forma remota, intitulado como teleconsulta, por profissionais devidamente identificados e cadastrados no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE).

Na minha expressa e espontânea decisão, tenho ciência que tanto eu quanto o profissional da saúde teleconsultor poderemos optar pela interrupção do atendimento a distância, sem quaisquer ônus para mim ou para o Hospital, devendo formalizar a minha decisão através do e-mail teleconsultahupe@telessaude.uerj.br e optar pela consulta presencial.

Também tenho ciência que os meus dados pessoais, inclusive imagem ou voz, e dados pessoais sensíveis, principalmente os relacionados à saúde, serão tratados, com base nas melhores práticas, respeitando a minha privacidade, a confidencialidade, a disponibilidade e a integridade destes dados, em conformidade com a legislação em vigor¹, para fins de procedimentos de atendimento de teleconsulta, por este Hospital.

Declaro que estou ciente de que as informações por mim prestadas durante a teleconsulta poderão ser gravadas em vídeo ou voz e armazenadas na plataforma de teleassistência a qual me cadastrei para esta finalidade, conforme o seu Termo de Uso.

Rio de Janeiro, ____ de _____ 2023.

Nome do paciente ou representante legal: _____

Assinatura do paciente ou representante legal: _____

¹ Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD): nas hipóteses de tratamento previstas nos Art. 7º, incisos III e VIII e Art. 11, inciso II, alíneas b) e f); Resolução CFM nº 2.314/2022 e Lei nº 14.510/2022 (Prática de Telessaúde): consentimento livre e esclarecido.