



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ATENDIMENTO MÉDICO POR MEIO DE TELEMEDICINA

IDENTIFICAÇÃO: Eu dou plena autorização ao Dr. RAITANY COSTA DE ALMEIDA, inscrito no CRM-RO sob o n. 1941 e Registro de Qualificação de Especialista (RQE) – 426/1052 para realizar o atendimento médico à distância através de serviços eletrônicos .

Declaro ter sido orientado e ter conhecimento que:

- 1-O atendimento a distância possui limitações;
 - 2- Para o bom aproveitamento e análise do Médico devo informar todos os dados possíveis, não omitindo nenhuma informação ;
 - 3- A precisão das minhas informações se faz necessárias em virtude da ausência de avaliação clínica presencial pelo Médico;
 - 4- Poderá ser necessária a complementação com exames para uma melhor opinião diagnóstica;
 - 5- Poderei ser encaminhado(a), segundo a avaliação do médico, para uma consulta presencial ou algum serviço de saúde;
 - 6- A avaliação médica à distância é pontual, pré-agendada, e não garante ao Paciente o direito ao atendimento por tempo indeterminado ou a disponibilidade de acesso ao médico em outros horários não acordados previamente entre as partes.
 - 7- O atendimento será registrado em prontuário médico.
 - 8- Os dados coletados poderão servir de base para pesquisa clínica e epidemiológica, sem identificação do paciente e sempre considerando os princípios da Ética .
- Por fim, declaro ter lido as informações e orientações contidas no presente Termo de Consentimento, as quais entendi perfeitamente e aceito. Assim, expresso meu pleno consentimento para a realização do Teleatendimento.