	<b>Política de Privacidade</b>	<b>Sector: Segurança do Paciente</b>
		<b>Data de Emissão: 06/01/2022</b>
<b>Termo de Consentimento Telemedicina considerando o disposto na Portaria MS 467/20 de 23/03/2020.</b>		<b>Revisão nº 00</b>


Eu, autorizo o Dr(a). a realizar o atendimento através de telemedicina.

Declaro ter ciência que:

- I O atendimento por telemedicina possui algumas limitações;
- II Poderá ser necessária a realização de exames complementares, a critério do médico;
- III Poderá ser necessária complementar com uma consulta presencial para realização de exame clínico, a critério do médico;
- IV Deverei procurar uma unidade de pronto atendimento ou hospitalar em caso de quadro de saúde de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA;
- V A consulta eletrônica é individual e pontual, e não garante ao Paciente o direito ao atendimento por tempo indeterminado ou à disposição do médico em outros horários não acordados previamente entre as partes;
- VI Consultas em pacientes com idade abaixo de 18 anos devem impreterivelmente ser acompanhada por pai, mãe ou algum responsável pelo menor;
- VII Falhas na conexão da internet podem exigir o cancelamento e remarcação da consulta; as consultas devem ser realizadas através do computador com câmera e não por celular, devido à possíveis falhas na conexão e velocidade de processamento do dispositivo; estou ciente da necessidade de testar meu equipamento 15 minutos antes da hora agendada para a consulta;
- VIII Deverei preservar e manter a confidencialidade das imagens (foto e vídeo), dos dados, dos diálogos, orientações, prescrições e todo o conteúdo referentes à teleconsulta; as consultas devem ser realizadas em ambiente fechado para assegurar a confidencialidade das informações;
- IX Autorizo a utilização de tecnologia e aplicativos da internet como forma de comunicação e remessa de receitas, pedidos de exames, relatórios, ou atestados, ciente das vulnerabilidades do sistema quanto ao sigilo da informação, assumindo eventuais riscos;
- X Concordo com a entrega de material físico de solicitação de exames, receitas, relatórios ou atestados médicos a portador autorizado por mim, e a meu pedido, observando-se, a necessidade de proteção de todas as informações,

Por fim, declaro ter lido as informações e orientações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito.

Assim, expresso meu pleno consentimento para a realização da teleconsulta.

	<b>Política de Privacidade</b>	<b>Setor: Segurança do Paciente</b>
		<b>Data de Emissão: 06/01/2022</b>
<b>Termo de Consentimento Telemedicina considerando o disposto na Portaria MS 467/20 de 23/03/2020.</b>		<b>Revisão nº 00</b>

Autorizo também, a Clínica Suzanclin Medicina LTDA a realizar o tratamento dos meus dados pessoais para as seguintes finalidades:

- 1) Fazer o acompanhamento e gestão da minha saúde por meio da análise de meus dados pessoais sensíveis (Resultados de exames, entre outros) para a oferta de orientações de saúde, ações de engajamento, autoconhecimento e programas de monitoramento.
- 2) Realizar análises para o avanço da assistência à saúde na produção de conhecimento científico por meio de pesquisas científica e/ou para desenvolvimento de novos produtos ou metodologias, observando o sigilo e confidencialidade dos meus dados e, sempre que possível, tornando-os anônimos.