



LUMIMED
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TELECONSULTA

I. CONSIDERAÇÕES E INFORMAÇÕES INICIAIS SOBRE TELEMEDICINA:

1.1. A legalidade do atendimento a distância e prática da TELEMEDICINA em conformidade com e normas expedidas pelas autoridades competentes, notoriamente a Lei 14.510, de 27 de dezembro de 2022, que autoriza e disciplina a prática da telessaúde em todo o território nacional e revoga a lei de 15 de abril de 2020, além de alterar a Lei 8.080, de 1990.

1.2. Estou ciente da Resolução n.º 2314/2022 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que regulamenta as ações de telemedicina;

1.3. A TELEMEDICINA, entre outros, é entendida como o exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde, não sendo possível a realização de exame físico;

1.4. No atendimento à distância (TELECONSULTA) poderá ser determinado pelo médico atendente a necessidade de encaminhar o paciente para avaliação presencial por este ou por outro médico a depender da localidade em que o paciente se encontra e da urgência em fazê-lo;

1.5. Estou ciente de que é prerrogativa do médico a liberdade e completa independência de decidir quando utilizar a telemedicina, podendo interromper a teleconsulta a qualquer momento, sempre que houver necessidade de avaliação presencial do paciente, e encaminhá-lo para atendimento de urgência/emergência, fazendo os devidos encaminhamentos para a segurança do paciente.

1.6. O atendimento a distância se trata de ato médico de relevância, a ser promovido com seriedade e observância dos protocolos, e do sigilo e a integridade das informações que serão resguardados pelo médico;

1.7. Para ser possível o atendimento na modalidade da TELEMEDICINA, as condições necessárias devem ser atendidas cumulativamente pelo PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL:

- a) **de acordo** com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo de acordo no Contrato LumiMed – Termos e Condições – Pessoa Física;
- b) possuir smartphone, laptop ou computador com câmera;
- c) acesso à rede de computadores (internet) de qualidade;
- d) utilizar fones de ouvido e escolher local sem ruídos e bem iluminado, para melhor comunicação;
- e) ter em mãos resultados de exames e/ou dados para acesso a resultados online;
- f) respeitar o objetivo da consulta, podendo participar o PACIENTE acompanhado de um familiar ou responsável;
- g) ter disponível impressora, scanner ou câmera fotográfica de boa definição no celular ou laptop.

1.8. A consulta eletrônica à distância, tal qual a consulta presencial, tem seu tempo delimitado e não garante ao paciente o direito à disposição do médico em horário não acordado previamente entre as partes, nos casos de retorno;

1.9. Estou ciente das políticas de Cancelamento, Reagendamento e Atraso para teleatendimentos.

1.10. Estou ciente de que, uma vez consentida a telemedicina, o médico deverá preencher um prontuário para cada paciente, contendo os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do

profissional.

1.11. Autorizo que os dados e informações coletados em prontuário e em decorrência dos atendimentos médicos e da equipe de apoio, se necessário, poderão ser transmitidos e alterados por profissionais da plataforma **LUMIMED** e/ou seus parceiros, que poderão, inclusive, armazená-los na coleta, compartilhá-los, classificá-los, acessá-los, reproduzi-los, avaliá-los, processá-los e transformá-los em novos dados a partir dos antigos.

1.12. Tenho ciência de que, quando tecnicamente possível e não for prejudicial ao paciente, os dados coletados e armazenados serão anonimizados, preservando as informações e as fontes.

1.13. Fui informado(a) de que a emissão de receitas, relatórios e atestados médicos a distância é válida em meio eletrônico, durante a realização da teleconsulta/tele orientação, segundo a Portaria do Ministério da Saúde n.º 467, de 20 de março de 2020, com o devido registro eletrônico de autenticação.

II. DA AUTORIZAÇÃO PARA A PRÁTICA DA TELEMEDICINA.

2.1. Declaro ter ciência que:

- a) O atendimento a distância possui algumas limitações;
- b) Para o bom aproveitamento e análise do médico devo informar todos os dados possíveis, não omitindo nenhuma informação acerca dos meus sinais e sintomas;
- c) A precisão das minhas informações se faz necessárias em virtude da ausência de avaliação clínica pelo médico;
- d) Poderá ser necessária a complementação com exames para um melhor diagnóstico e escolha da conduta terapêutica;
- e) Poderá ser necessária à minha presença ao consultório para a realização de exame clínico, a critério do médico;
- f) Poderei ser encaminhado, segundo a avaliação do médico, para um serviço de saúde ou para isolamento;
- g) A conduta eletrônica é pontual e não garante ao paciente o direito ao atendimento por tempo indeterminado ou a disposição do médico em outros horários não acordados previamente entre as partes, nos casos de retorno de consulta médica;
- h) A consulta é individual, não poderei fazer uso da imagem, áudio ou vídeo dessa consulta sem a autorização do médico;
- i) Autorizo a utilização de e-mail/ WhatsApp e/ou SMS como forma de comunicação e remessa de informação ciente das vulnerabilidades do sistema de eleição quanto ao sigilo da informação assumindo os riscos decorrentes;
- j) Meus dados trafegarão pela internet, sendo, porém, os dados médicos coletados nessa consulta registrados em meu prontuário e armazenados em ambientes seguros.

III. DOS RISCOS

3.1. 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 teleconsulta; variação no estabelecimento da conexão.

IV. DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS:

4.1. Comprometo-me a ser 100% (cem por cento) sincero e transparente, não omitindo de meu médico nenhuma dor, sintoma, desconforto ou conduta por mim praticada.

4.2. Fui informado que, em caso de urgência ou agravamento do meu estado de saúde, devo procurar imediatamente os serviços de saúde.

4.3 Comprometo-me a preservar e manter a confidencialidade das imagens (foto e vídeo), dos dados, dos diálogos, das orientações, das prescrições e de todo o conteúdo referente à forma da telemedicina à qual o paciente foi submetido, sob pena de sanções legais por exposição de dados e imagem. Da mesma forma, afirmo meu compromisso em não gravar, fotografar ou editar qualquer momento ou etapa do teleatendimento, assim como asseguro minha ciência de que tal fato não tem o consentimento do médico.

4.4. Estou ciente de que a assinatura do documento (i) é admitida como válida e verdadeira por meio de certificado digital emitido por entidades credenciadas para tanto, pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil); e (ii) são admitidas como válidas e originais as vias deste instrumento emitidas por meios de comprovação da autoria e integridade de documentos em forma eletrônica, inclusive as que utilizem certificados não emitidos pela ICP-Brasil.

4.5. Declaro que, em suporte as explicações verbais dadas por meu médico assistente, li e confirmei via aplicativo de mensagens o presente termo após tirar todas as dúvidas sobre os riscos da Telemedicina, razão pela qual concordei em ser atendido pela prática remota.

POR FIM, ATRAVÉS DA CONCORDÂNCIA NO QUADRO RESUMO E PAGAMENTO EXITOSO DA PRIMEIRA PARCELA O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL CONTRATANTE, DECLARA TER LIDO E ENTENDIDO AS ORIENTAÇÕES CONTIDAS NO PRESENTE INSTRUMENTO, AS QUAIS ENTENDE COMPLETAMENTE E ACEITA, CIENTE QUE ESTÃO ATENDIDAS AS EXIGÊNCIAS LEGAIS, A INFERIR, PORTANTO, MEU EXPRESSO E PLENO CONSENTIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DA TELECONSULTA.