

**TERMO DE CONCORDÂNCIA E AUTORIZAÇÃO (TCA)  
OBTIDO APÓS CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PARA ATENDIMENTO A DISTÂNCIA – TELECONSULTA (TELEMEDICINA)  
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT)**

**PACIENTE:**

Nome:

CPF nº

RG nº

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

**Responsável (pacientes menores ou incapazes):**

Nome:

CPF nº

RG nº

Grau de Parentesco com o Paciente:

Data de Nascimento:

---

*O PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL acima identificado(s) expressamente DECLARA(M) que buscaram o médico abaixo identificado por livre e espontânea vontade para fins de realização de atendimento via TELEMEDICINA:*

---

Nome do médico

Instituição:

CRM:

CNES:

RQE:

PLATAFORMA DE TELECONFERENCIA:

---

Para ser possível o atendimento procurado, via TELEMEDICINA, na condição de PACIENTE e/ou RESPONSÁVEL, DECLARO expressa e ciência plena do seguinte:

**1. CONSIDERAÇÕES E INFORMAÇÕES INICIAIS SOBRE A TELEMEDICINA:**

1.1. Considerando que é de responsabilidade do médico assistente a decisão se a telemedicina é o método mais adequado, neste momento, às necessidades do paciente para a atual situação de saúde;

1.2. Considerando que a consulta por Telemedicina, definida como Teleconsulta, possui os mesmos níveis de responsabilidades que consultas presenciais, atrelados aos dispostos do Código de Ética Médica e Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), sem, contudo, substituir uma consulta presencial, que continua sendo padrão ouro;

1.3. A legalidade do atendimento a distância e prática da TELEMEDICINA em conformidade com e normas expedidas pelas autoridades competentes, notadamente a Resolução nº 2.314/2022 do Conselho Federal de Medicina (CFM);

1.4. Considerando que a TELEMEDICINA, é entendida como o exercício da medicina mediado por tecnologias digitais, de informação e comunicação (TDICs) para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde, não sendo possível a realização de exame físico;

1.5. Que a consulta realizada por Teleconsulta não possui obrigatoriedade de gravação de vídeo/áudio por parte do médico, e que caso o paciente deseje gravar a Teleconsulta, este ou seu responsável deverá informar expressamente este fato ao médico assistente, solicitando-lhe a devida permissão sobre este desejo. Outrossim, o paciente deve expressar neste documento de solicitação a obrigação de guarda e sigilo das informações gravadas, além do uso estritamente pessoal delas;

1.6. Que apesar da não obrigatoriedade de gravar a consulta, o médico sempre registrará no prontuário do paciente os dados da consulta realizada por Telemedicina, seja prontuário físico ou eletrônico, assim como também anexará o presente TCA no prontuário;

1.7. 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;

1.8. Doenças crônicas em atendimento por Teleconsulta, o paciente deverá fazer pelo menos uma consulta presencial dentro de um período não superior a 180 dias

1.9. O atendimento a distância é ato médico de relevância, a ser promovido com seriedade e observância dos protocolos rígidos de segurança digital conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018, e garantia do sigilo e integridade das informações que serão resguardados no prontuário médico;

1.10. A qualquer momento durante a Teleconsulta, a mesma poderá ser interrompida se qualquer uma das partes, médico ou paciente, entender que este método não esteja sendo o suficiente para o caso, encaminhando este paciente para uma consulta presencial;

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

- a) com assinatura do Termo de Concordância e Autorização (TCA)
- b) possuir smartphone, laptop ou computador com câmera;
- c) acesso à rede de internet de qualidade;
- d) utilizar fones de ouvido (preferencialmente), escolher local sem ruídos, bem iluminado e com privacidade 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, e também scanner ou câmera fotográfica de boa definição no celular ou laptop.

1.12. 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;

## **2. DA AUTORIZAÇÃO PARA A PRÁTICA DA TELEMEDICINA.**

### **2.1. Declaro ter ciência que:**

- a) O atendimento a distância possui algumas limitações, especialmente a ausência do exame físico;
- 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 (do paciente) se faz necessária em virtude da ausência de exame físico pelo médico;
- d) Poderá ser necessária a complementação com exames para um melhor diagnóstico e escolha da conduta terapêutica;
- e) Poderá ser necessária a minha presença ao consultório para a realização de exame físico, 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 disponibilidade do médico em outros horários não acordados previamente entre as partes;
- h) A consulta é individual e protegida por sigilo, não poderei fazer uso da imagem, áudio ou vídeo dessa consulta sem a prévia e expressa autorização do médico;
- i) Autorizo a utilização de e-mail/ WhatsApp ou SMS como forma de comunicação e remessa de informação (orientações, atestados, prescrições, exames), ciente das vulnerabilidades do sistema de eleição quanto ao sigilo da informação assumindo os riscos decorrentes;

j) Autorizo ainda que o médico possa utilizar as informações de minha consulta, caso seja necessário, para solicitar parecer ou opinião de outro colega médico sobre o meu caso, guardadas os devidos cuidados de identificação do paciente.

k) Meus dados trafegarão pela internet, sendo, porém, os dados médicos coletados nessa consulta registrados em meu prontuário e armazenados em ambientes seguros;

l) Conheço e/ou chequei as informações de identificação do médico executor da presente Teleconsulta, número de inscrição CRM e Registro de Especialidade (RQE), disponíveis no site do Conselho Regional de Medicina (CRM) local, conferindo suas qualificações em conformidade como ele se apresenta.

### **3. DA CONTRAPRESTAÇÃO FINANCEIRA**

3.1. Estou ciente e concordo que, para consultas por convênio médico, se houver cobertura pelo plano de saúde, é necessário o encaminhamento de guias assinadas e informações com dados pessoais para as operadoras realizarem o pagamento.

3.2. No caso de não haver cobertura pelo plano de saúde, ou for contratada teleconsulta de forma particular, os valores e forma de pagamento serão estipulados e definidos antecipadamente pelo médico, paciente e/ou representante legal, ao que me comprometo em honrar conforme o combinado.

**POR FIM, O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL 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, EXPRESSO E PLENO CONSENTIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DA TELECONSULTA.**

**LOCAL:**

**DATA:**

**ASSINATURA DO PACIENTE:**