

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TELEATENDIMENTO E TERAPIA INDIVIDUAL

I. PREÂMBULO

Este documento tem por finalidade formalizar o consentimento informado do paciente referente aos serviços de teleatendimento e terapia sexual individual, a ser realizado pelo Dr. Leonardo Henrique dos Santos, inscrito no CRM-SC sob o nº 27537, RQE sob o nº 20646. O presente contrato abrange tanto as diretrizes do atendimento médico quanto as condições específicas da terapia sexual individual à distância.

II. CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ATENDIMENTOS A DISTÂNCIA

Eu, _____, abaixo assinado, declaro que autorizo Dr. Leonardo Henrique dos Santos, a realizar atendimento à distância por meio de serviços eletrônicos.

Declaro ter ciência das seguintes condições:

- i. O atendimento médico à distância possui limitações, não permitindo a realização de exame físico presencial. Poderão ser executadas algumas manobras de teleproedêutica, que é o exame físico à distância. Por isso é ainda mais importante informar todos os dados e informações possíveis, não omitindo nenhuma informação referente ao problema de saúde, colaborando assim para o bom aproveitamento desta consulta;
- ii. A critério do médico assistente, poderão ser solicitados exames complementares para auxiliar no diagnóstico.
- iii. Após a consulta médica à distância, poderá ser necessária minha presença em consultório para uma avaliação presencial ou encaminhamento a um serviço de pronto atendimento, conforme hipótese diagnóstica.
- iv. A consulta médica terá duração limitada e não garante a disponibilidade do médico fora dos horários previamente acordados.
- v. A consulta médica será realizada através da plataforma indicada pelo profissional, com os dados armazenados em prontuário eletrônico sob sua guarda, respeitando as exigências do Conselho Federal de Medicina.
- vi. Cada sessão de terapia individual terá duração máxima de 50 minutos, sendo realizadas em dias e horários previamente acordados entre as partes. O terapeuta estará disponível somente durante esse período; não será possível estender o tempo da sessão em caso de atraso por parte do cliente.
- vii. O profissional compromete-se a respeitar o sigilo médico terapêutico, assegurando a proteção da intimidade do cliente e das informações obtidas durante os atendimentos.
- viii. Atendimentos não comparecidos sem aviso prévio (faltas) serão cobrados normalmente. Reagendamentos só serão possíveis quando houver disponibilidade do profissional.
- ix. Para atendimentos via convênio médico, é necessário o envio prévio de guias e informações pessoais às operadoras para efetivação do pagamento.
- x. Para atendimento particulares, os valores e formas de pagamento serão previamente definidos entre o profissional e o paciente ou seu representante legal.
- xi. Qualquer alteração nos termos financeiros ou reajuste deverá ser discutido e acordado entre as partes. Em casos de atendimento social (gratuito), o cliente estará isento de qualquer cobrança até que um novo acordo seja estabelecido.

Autorizo ainda a gravação do atendimento a critério do profissional e reconheço que as informações serão mantidas em prontuário médico, respeitando o sigilo e a confidencialidade previstos no Código de Ética Médica (Resolução nº 2217/18 do Conselho Federal de Medicina).

Por fim, declaro que li e compreendi integralmente as orientações contidas neste instrumento e aceito todas as condições aqui dispostas, ciente de que atendo às exigências da Lei nº 8078/90, conferindo meu expresso consentimento para a realização do teleatendimento.

III. ASSINATURA

Ao assinar este documento, concordo com todos os termos aqui estabelecidos e confirmo minha compreensão sobre os mesmos.

Data: __/__/__