

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA COMPARTILHAMENTO DE
DADOS PARA TELEINTERCONSULTA**

Paciente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ RG: _____

Responsável Legal: _____

CPF: _____ RG: _____

Preencher se paciente for menor ou incapaz.

Declaro que fui devidamente informado(a) acerca das finalidades, da forma e das condições do compartilhamento dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, nos termos da legislação vigente, em especial a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018 – LGPD).

Autorizo, de forma livre, informada e inequívoca, o envio e o compartilhamento de dados, documentos, imagens, fotografias, vídeos, exames, laudos, informações clínicas e prontuário médico, bem como a troca de informações entre os profissionais e serviços de saúde envolvidos no meu atendimento (incluindo clínicas, serviços laboratoriais e de diagnóstico por imagem), quando necessários à minha identificação e avaliação por médico especialista devidamente habilitado e credenciado pela empresa contratada.

Estou ciente de que os meus dados pessoais serão tratados exclusivamente para a finalidade específica de prestação dos serviços médicos, em especial para fins de auxílio diagnóstico ou terapêutico, sendo vedada sua utilização para finalidades diversas das aqui autorizadas.

Declaro ciência de que a teleinterconsulta consiste na troca de informações, opiniões e dados clínicos entre médicos, com ou sem a minha presença, com o objetivo de apoiar decisões diagnósticas ou terapêuticas, de natureza clínica ou cirúrgica.

Estou ciente, ainda, de que, no contexto da teleinterconsulta, a responsabilidade profissional pelo atendimento prestado ao paciente é do médico assistente responsável pelo meu cuidado, cabendo aos demais médicos envolvidos responsabilidade solidária na medida de sua efetiva participação e contribuição para eventual dano.

Os dados pessoais e sensíveis compartilhados serão armazenados pelo período estritamente necessário ao cumprimento das finalidades aqui descritas, observados os prazos legais, éticos e regulatórios aplicáveis, bem como as medidas de segurança adotadas para a proteção dessas informações.

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer eventuais dúvidas e que concordo integralmente com os termos acima descritos.

Guanhães/MG, ____ de _____ de _____.

Assinatura Paciente/Responsável

