

Apêndice 6 - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TELEATENDIMENTOS eMulti

Declaro estar ciente e de acordo com os seguintes termos:

- 1 - Estou ciente de que, havendo possibilidade ou necessidade, poderá ser feito atendimento on-line por meio de dispositivo eletrônico, usando plataforma segura. Em casos graves, o atendimento presencial será indispensável.
- 2 - Estou ciente de que meus dados pessoais e de saúde serão usados apenas para o meu tratamento e para registro no sistema de saúde, sendo estes confidenciais, podendo ser acessados pelos profissionais que me acompanham.
- 3 - Estou ciente que, mesmo com segurança, pode haver falhas na internet ou risco mínimo de violação de dados e informações e aceito o atendimento online, quando observada necessidade ou viabilidade, bem como o uso dos meus dados em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Usuário em atendimento: _____

Responsável (se menor de idade): _____

Profissional responsável: _____
(Assinatura e carimbo)

Araucária, ____ de ____ de 20____

