

MEMORANDO Nº 55/2025 - Direção Técnica/SMSA

Araucária, 22 de outubro de 2025.

Assunto: Orientações sobre a Utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em Teleinterconsultas e Teleconsultorias

Aos médicos clínicos e generalistas que atuam na Atenção Primária à Saúde,

Considerando a recente implantação do serviço da Telemedicina como instrumento de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Araucária, nas modalidades de Teleconsultoria e Teleinterconsulta, dirigido aos médicos clínicos e generalistas que atuam na Atenção Primária à Saúde.

Considerando a Resolução CFM nº 2.314/2022, que define e regulamenta a Telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação e em conformidade com as normativas éticas e legais, incluindo a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei nº 13.709/2018).

Considerando os esclarecimentos prestados pelo setor jurídico do Conselho Regional de Medicina do Paraná acerca da obrigatoriedade de medidas que garantam a proteção de dados no âmbito da Telemedicina.

Diante do exposto, faz-se necessário esclarecer que todo contato realizado com uso de tecnologias digitais (TDICs) deverá ser precedido de orientação e anuência do paciente, a partir da assinatura Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e registro de aceite em prontuário. Essa determinação estará vigente a partir de 01/11/2025.

1. Definições

- **Teleinterconsulta:** Troca de informações entre médicos, mediada por Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDICs), com ou sem a presença do paciente, para fins diagnósticos ou terapêuticos. O médico assistente, responsável pelo acompanhamento presencial, deve conduzir a teleinterconsulta (Art. 7º, Resolução CFM nº 2.314/2022).

Parágrafo único. O médico assistente responsável pela teleinterconsulta deverá ser, obrigatoriamente, o médico responsável pelo acompanhamento presencial. Os demais médicos envolvidos só podem ser responsabilizados por seus atos.

- **Teleconsultoria médica:** Interação entre médicos, gestores ou outros profissionais, mediada por TDICs, para esclarecimentos administrativos ou de ações de saúde, sem envolvimento direto com dados clínicos de pacientes (Art. 12, Resolução CFM nº 2.314/2022).



2. Aspectos Ético-Legais

O médico Teleconsultor atua como orientador clínico, sem assumir a condição de médico assistente. O sigilo das informações é assegurado pelo art. 5º, incisos X e XII, da Constituição Federal, e pela LGPD. A Resolução CFM nº 2.314/2022 e normativas do CRM-PR delimitam as responsabilidades do teleconsultor, garantindo segurança jurídica.

3. Obrigatoriedade do TCLE

A partir de 01/11/2025, toda Teleinterconsulta que envolva análise de informações clínicas para diagnóstico ou terapêutica deverá ser precedida pelos seguintes passos:

I. Orientação e assinatura do TCLE:

- Orientar o paciente sobre a natureza do atendimento (necessidade de compartilhar o caso para maior resolutividade);
- Imprimir o TCLE em duas vias, assinadas pelo paciente.
- A primeira via será entregue ao paciente, e a segunda será arquivada em pasta individual do médico, sob responsabilidade da gerência da Unidade Básica de Saúde (UBS), em local apropriado.

II. Contato com o médico teleconsultor

1) As Teleinterconsultas e Teleconsultorias abrangerão as seguintes especialidades:

- Infectologia: **via Cuidado Compartilhado (Sistema IPM Saúde);**
- Ginecologia e Obstetrícia: **via telefone corporativo;**
- Medicina de Família e Comunidade: **via telefone corporativo.**

2) Para os casos compartilhados **via telefone corporativo**, faz-se necessário a formalização de dados considerando os critérios abaixo:

- IPM do paciente;
- Iniciais do paciente;
- Data de nascimento;
- Comorbidades;
- Medicamentos de uso contínuo;
- Descrição do caso clínico;
- Resultados de exames, quando aplicável;
- Para casos de pré-natal: Gesta/Para/Aborto e Estratificação de Risco Gestacional.



III.Registro da Teleinterconsulta:

- O médico teleconsultor registrará a orientação fornecida no sistema IPM. O médico assistente permanece responsável pela decisão clínica final.

5. Procedimentos Operacionais para o TCLE

- **Envio do modelo:** O TCLE será enviado diariamente, em formato PDF, no grupo de médicos clínicos e generalistas. Recomenda-se salvar o arquivo na área de trabalho para facilitar o acesso.
- **Organização e arquivamento:** Cada médico deverá arquivar os TCLEs assinados em pasta individual, fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde, identificada com adesivo contendo seu nome, sob guarda da gerência da UBS.
- **Recolhimento:** As pastas serão recolhidas na última reunião mensal com os gerentes da UBS, para arquivamento e auditoria.

6. Considerações Finais

A Teleconsultoria voltada a questões administrativas (ex.: dúvidas sobre horários, instabilidades no sistema IPM, agendas ou fluxos administrativos) não exige o preenchimento do TCLE.

A Teleconsultoria é um instrumento de apoio e não substitui o julgamento clínico do médico assistente. A adoção dessas medidas assegura conformidade com as diretrizes éticas e legais, promovendo a segurança de profissionais e pacientes.

Atenciosamente,

Marcos de Almeida Santos Júnior

Médico Teleconsultor da Atenção Primária

Rodrigo Esposito Soares

Direção do Departamento de Atenção Primária

Emanuelle Francis Castilho Damaceno

Responsável Técnica da Gestão de Medicina – SMSA

Ana Beatriz Siqueira Xavier Silva Pock

Direção Técnica – SMSA



 Araucária PREFEITURA	Secretaria Municipal de Saúde	
--	-------------------------------	--

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TELEMEDICINA

Cliente:	Sexo:
Data de nascimento:	Telefone:
Registro Geral (RG):	CPF:
Logradouro:	CEP:
Unidade de Origem:	CNS:
Data de Emissão:	Horário de Emissão:

Eu _____ inscrito pelo CPF nº _____ residente no endereço _____ ou na qualidade de representante legal do paciente _____, declaro que fui devidamente informado pelo Dr. _____, que o termo TELEMEDICINA se aplica ao uso das tecnologias de informação e comunicação para transferir informações de dados e serviços clínicos, administrativos e educacionais em saúde, específico para a médicos, respeitadas suas competências legais.

RESOLUÇÃO CFM nº 2.314/2022, define e regulamenta a TELEMEDICINA, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. O médico que utilizar a Telemedicina deve avaliar se as informações recebidas estão qualificadas, dentro de protocolos de segurança digital e suficientes para a finalidade proposta.

Art. 2º A TELEMEDICINA, em tempo real on-line (síncrona) ou off-line (assíncrona), por multimeios em tecnologia, é permitida dentro do território nacional, nos termos desta resolução.

Declaro que fui orientado(a) sobre a TELEMEDICINA e estou ciente que as modalidades disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Araucária são:

[] TELECONSULTORIA médica: é ato de consultoria mediado por tecnologias digitais entre médicos, gestores e outros profissionais, com a finalidade de prestar esclarecimentos sobre procedimentos administrativos e ações de saúde.

[] TELEINTERCONSULTA médica: é a troca de informações e opiniões entre médicos, com auxílio de tecnologias digitais, exclusivamente para transmissão de dados (clínicas, laboratoriais e de imagens) para auxílio diagnóstico e/ou terapêutico, clínico ou cirúrgico.

Parágrafo único. O médico assistente responsável pela Teleinterconsulta deverá ser, obrigatoriamente, o médico responsável pelo acompanhamento presencial. Os demais médicos envolvidos só podem ser responsabilizados por seus atos.

Ao autorizar a TELECONSULTORIA/TELEINTERCONSULTA, permito o envio de dados que permitam a minha identificação, uma vez que ela se realizará entre médicos.

Declaro ter conhecimento de que a presente iniciativa tem o objetivo de permitir o acesso e o direcionamento das minhas informações de saúde de forma ágil e segura, bem como autorizar a transmissão e compartilhamento das minhas informações pessoais e dados em saúde com o médico de apoio. Sendo assim, ao assinar esse termo declaro estar seguro (a) e ciente para a utilização da Telemedicina e ao mesmo tempo, declaro e dou fé que a assinatura abaixo é minha.

Ciente e esclarecido, DECLARO estar totalmente informado, dando meu aceite para que os procedimentos e tratamentos propostos pelo meu médico assistente sejam levados a termo, na forma por ele indicada, no intuito do restabelecimento de minha saúde.

Assinatura do (a) Paciente ou Representante Legal do (a) Paciente

