



**TERMO DE CONCORDÂNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA
SERVIÇOS DE TELEMEDICINA**



ATENÇÃO: A leitura, compreensão e concordância do presente termo é indispensável para o acesso ao serviço de Telediagnóstico em Dermatologia oferecidos pelo Núcleo de Telessaúde do Complexo Hospitalar Universitário da Universidade Federal do Pará. Não tenha pressa, o importante é a sua ciência que esses serviços somente serão realizados após sua plena e livre consciência. Eu, _____, CPF nº _____, CNS nº _____, por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consinto que seja realizado o exame de Teledermatologia que consiste na realização de registros fotográficos para diagnóstico e triagem da minha doença de pele, que será analisado por um médico dermatologista à distância, de acordo com os protocolos estabelecidos.

Declaro que fui orientado(a) e esclarecido(a) pelo presente Termo. Por concordar com o atendimento à distância por meios digitais seguros, ratifico a minha ciência e concordância para as seguintes disposições:

DESTE MODO:

Autorizo os registros fotográficos dessa(s) lesão(ões) a critério do médico e com minha anuência, para que as imagens sejam integrantes do meu registro eletrônico, com garantia de guarda, sigilo e confidencialidade, conforme resoluções do Conselho Federal de Medicina, do Código de Ética Médica, da Portaria nº 467/2020 e da Lei Geral de Proteção de Dados; Autorizo expressamente ao(s) médico(s) a análise de toda e qualquer documentação médica referente ao meu caso, sem a minha presença física no consultório para auxiliar no diagnóstico; Autorizo que um profissional da saúde, previamente capacitado e treinado para tais procedimentos realize os registros fotográficos; Autorizo a utilização dos meus dados de saúde, sem minha identificação (anonimizados ou pseudoanonimizados), para realização de pesquisa e inovação na área de inteligência artificial, que permitirá o desenvolvimento de novos métodos de identificação de doenças e novos protocolos para tratamento de comorbidades.

Fui informado que todas as fotos e os exames enviados na plataforma, encontram-se em ambiente seguro e o acesso dos mesmos só poderão ser obtidos pelo meu médico assistente da UBS e o médico responsável por emitir o laudo. O acesso ao exame/laudo sem as imagens poderá ser feito por mim, ou a quem eu delegar a chave senha, gerada no momento do exame.

Autorizo o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde e Universidade Federal do Pará a fazerem uso de informações relativas aos meus dados e imagens, desde que ASSEGURADO O ANONIMATO. Este consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo à minha pessoa, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação.

O presente Termo poderá ser rescindido por mim a qualquer momento, sendo que, por meio dele, manifesto estar ciente e que concordo com as condições estabelecidas.

Declaro que li e entendi o presente Termo.

Assinatura do paciente

CPF: _____