

FOP 286.02 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO POSTAL SAÚDE PARA TELEATENDIMENTO

DESCRIÇÃO DO TERMO

Eu, _____

(nome completo do beneficiário a ser assistido por teleatendimento em serviço de saúde, devendo constar ainda informações quanto ao número da carteirinha ou matrícula funcional, idade, telefone e e-mail), estou sendo convidado a participar de teleatendimento com o profissional assistente _____ (identificação com nome completo e número do registro), motivado pela circunstância de pandemia de CORONAVÍRUS, conforme estabelecido pela Portaria 467, de 20 de março de 2020, Ministério da Saúde, que dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de teleatendimento profissional.

Fui esclarecido que os serviços de atendimento por meios tecnológicos de comunicação à distância não se caracterizam como nova cobertura de procedimentos, mas apenas como uma modalidade de atendimento não presencial, na intenção de cumprimento das coberturas obrigatórias e sofrerão a devida coparticipação dos serviços prestados, nos moldes já estabelecidos no regulamento do Plano de Saúde, disponibilizado no site da Operadora.

Fui informado de forma clara quanto as diretrizes estabelecidas pelo conselho de classe do profissional que me assistirá no atendimento não presencial.

Recebi os esclarecimentos necessários sobre a formalização do teleatendimento ser mediante redação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado e anexado à solicitação de autorização prévia, e ainda quanto à conformidade legal e ética da relação profissional-paciente, de modo a evitar as graves sanções previstas pelo artigo 52 da LGPD, bem como também pelos Códigos de Ética estabelecidos pelo conselho de classe.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado, e compreendido a natureza e o objetivo do já referido documento, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico adicional, a receber ou a pagar, por minha participação, apenas a prestação pecuniária do serviço em saúde já contratada entre o profissional e a Postal Saúde.

ASSINATURA

_____, ___/___/___

Local e data

Nome e assinatura do beneficiário: _____

Número do cartão de identificação do beneficiário: _____

Nome(s), carimbo (s) e assinatura(s) do(s) profissional (ais) assistente (s)
