

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS VIA TELECONFERÊNCIA

A **ASSOCIAÇÃO FUNDO DE INCENTIVO À PESQUISA - AFIP**, representada pelo **INSTITUTO DO SONO** apresentam neste TERMO as informações para orientar, de forma clara, o paciente e/ou responsável legal, neste caso, você, sobre condutas terapêuticas na modalidade de telemedicina (teleconsulta), conforme autorizado pela portaria 467 de 23/03/2020 do Ministério da Saúde e pela lei 13.989 de 15/04/2020, em virtude do estado de calamidade por conta da pandemia mundial de COVID-19, bem como informar de que forma será realizado o tratamento dos dados pessoais fornecidos e coletados no âmbito de todo o tratamento.

ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE O ATENDIMENTO

Ao realizar a consulta médica, você se compromete a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a) e ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si. Você também deve estar ciente que esta interação por telemedicina é confidencial e não pode ser veiculada em mídias sociais ou outros meios de comunicação.

O tratamento adotado não assegura a garantia de cura. A evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica a(o) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

O **INSTITUTO DO SONO** salienta que em caso de quadro de saúde de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA você deve procurar uma unidade de pronto atendimento ou hospitalar.

Durante a consulta, o médico poderá informá-lo a respeito de métodos terapêuticos alternativos que serão apresentados através de linguagem clara e acessível.

QUAIS DADOS IREMOS SOLICITAR

O **INSTITUTO DO SONO** zela pela privacidade e proteção dos seus dados pessoais e cumpre com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – Lei n.º 13.709/2018 (“LGPD”), tratando-os de forma legítima e aplicando medidas de segurança adequadas.

O **INSTITUTO DO SONO** compromete-se em tratar os dados pessoais e dados pessoais sensíveis de forma restrita aos fins estabelecidos neste termo, prevenindo e evitando o uso para quaisquer outros fins alheios aos aqui descritos ou por terceiros não autorizados.

O que coletamos?	Para que coletamos?
Dados cadastrais	
Nome completo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar você; 2. Cumprir as obrigações decorrentes do uso dos nossos serviços; 3. Garantir a portabilidade dos Dados cadastrais para outro Controlador do mesmo ramo de nossa atuação, caso solicitado por Você, cumprindo com obrigação do artigo 18 da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais; 4. Informar você sobre novidades, funcionalidades, conteúdos, notícias e demais eventos que consideramos relevantes, através de nosso newsletter; 5. Enviar o convite para participar da teleconsulta; 6. CIHA (Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial) Sistema Governamental de Controle de Informações – Min Saúde; 7. Entrar em contato com você para confirmar o horário e dia da consulta; 8. Prescrever receitas médicas controladas; 9. Proteger Você, realizando prevenção a fraudes e riscos associados, além do cumprimento de obrigações legais e regulatórias.
CPF	
RG	
E-mail	
Telefones para contato	
Data de nascimento	
Endereço	
Gênero	
Peso	
Altura	
Dados de saúde	
Pedido médico	

Carteirinha de convênio	1. Solicitar autorização de realização do exame, se necessário junto ao convênio médico.
Autorização de convênio	
Dados sobre a sua saúde	
Encaminhamentos e procedimentos realizados; datas de consultas; hipóteses diagnósticas ou diagnósticos; antecedentes de saúde e familiares; uso de medicamentos; material biológico; dados genéticos, anamnese, exame físico, dados de exames, informações de tratamentos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prestação dos serviços de saúde; 2. Acompanhamento da sua saúde e bem-estar;
<p>As finalidades descritas no quadro acima possuem uma relação direta com o serviço que será prestado e com as obrigações legais que o INSTITUTO DO SONO deve cumprir, de tal maneira que o não aceite por parte do titular nos impede de seguir com a prestação dos serviços.</p> <p>Para os itens abaixo (1 e 2), seu consentimento é opcional. Isso significa que caso você sinalize como “Autorizo”, você concorda com o tratamento dos seus Dados Pessoais e Dados Pessoais Sensíveis acima fornecidos, pela equipe científica, médicos e parceiros da área de pesquisa e ensino do Sono ou de outras áreas da saúde.</p>	
1 - Para envio de eventuais convites com intuito de viabilizar a minha participação em pesquisas, análises e estudos específicos.	<input type="checkbox"/> Autorizo <input type="checkbox"/> Não autorizo
2 - Para estudos de caráter científico e análise de perfis, sendo garantida às minhas informações a anonimização, de forma que não possibilite a minha identificação, em caso de utilização para fins de compartilhamentos em pesquisas científicas, divulgação à imprensa ou realização de propagandas.	<input type="checkbox"/> Autorizo <input type="checkbox"/> Não autorizo

COMO SEUS DADOS E RESULTADOS SERÃO PROTEGIDOS

Internamente, os Dados Pessoais e Dados Pessoais Sensíveis coletados são acessados somente por profissionais devidamente autorizados, respeitando, dentre outros, os princípios da necessidade, transparência e segurança, para as finalidades descritas no quadro acima.

POR QUANTO TEMPO ARMAZENAREMOS SEUS DADOS E RESULTADOS

PRAZO DE ARMAZENAMENTO	FUNDAMENTO LEGAL
Dados de saúde e de identificação do(a) paciente (resultados de exame, pedido médico, informações de saúde fornecida durante a consulta)	
20 anos, a partir do último registro	Art. 8º da Resolução CFM n.º 1.821/2007 Art. 6º da Lei n.º 13.787/2018
Demais Dados cadastrais	
5 anos após o término da relação	Art. 12 e 34 do Código de Defesa do Consumidor
Outros dados	
Enquanto durar a relação e não houver pedido de apagamento ou revogação de consentimento	Art. 9º, Inciso II da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais

Para fins de auditoria, fiscalização, segurança ou cumprimento de ordem judicial, legal ou regulatória, poderemos permanecer com o histórico de registro de seus Dados por prazo maior nas hipóteses que a lei ou norma regulatória assim estabelecer ou para preservação de direitos.

COMO COMPARTILHAREMOS SEUS DADOS E RESULTADOS

Os Dados coletados e as atividades registradas, incluindo amostras e resultados, poderão ser compartilhados da seguinte forma:

- Com laboratórios e empresas prestadoras de serviço que eventualmente irão apoiar o **INSTITUTO DO SONO** no atendimento e diagnóstico;
- Com autoridades judiciais, administrativas ou governamentais competentes, sempre que houver determinação legal, requerimento, requisição ou ordem judicial;
- Em caráter epidemiológico e de vigilância com secretarias da saúde e departamentos sanitários;
- De forma automática, em caso de movimentações societárias, como fusão, aquisição e incorporação;

CANAL DE ATENDIMENTO

Você declara estar ciente que poderá contatar o **INSTITUTO DO SONO** por meio dos canais abaixo para receber informações, tirar dúvidas ou realizar solicitações relacionadas a serviços prestados pelo **INSTITUTO DO SONO**, bem como exercer seus direitos relacionados aos seus Dados Pessoais.

- **Clínica do Instituto do Sono:** (11) 2108-7666 – Horário de Funcionamento: segunda a sexta-feira – das 7h às 20h e aos sábados das 7h às 13h;

ORIENTAÇÕES GERAIS:

O não exercício, pelo **INSTITUTO DO SONO** ou por você de quaisquer direitos ou faculdades descritas nesse termo ou pela legislação brasileira, não importará na renúncia aos seus direitos ou alteração de itens e regras desse termo, podendo o **INSTITUTO DO SONO** ou o você exercê-los a qualquer momento.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, declaro ter lido, sido suficientemente esclarecido sobre as informações contidas neste termo, e manifestado meu consentimento específico para as finalidades acima descritas. Dou plena autorização ao médico (a) Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM-SP sob o nº _____ e ao **INSTITUTO DO SONO** para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do meu estado de saúde bem como condutas terapêuticas na modalidade de telemedicina (teleconsulta) conforme autorizado pela portaria 467 de 23/03/2020 do Ministério da Saúde e pela lei 13.989 de 15/04/2020 em virtude do estado de calamidade por conta da pandemia mundial de COVID-19, estando ciente da realização do tratamento dos meus dados pessoais, incluindo dados de saúde (dados pessoais sensíveis), em observância à Lei Geral de Proteção de Dados e às demais normativas sobre proteção de dados pessoais aplicáveis. Declara, outrossim, que:

I-O(a) referido(a) médico(a) informou sobre as limitações (ausência de exame físico) desse tipo de atendimento e o caráter de exceção do mesmo;

II- O(a) referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos artigos 22º e 34º do Código de Ética Médica sugeriu o tratamento médico prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente

Eu, responsável legal pelo(a) participante menor de idade, com até 12 (doze) anos de idade incompletos, declaro estar ciente e manifesto o consentimento para tratamento de Dados Pessoais do(a) menor, incluindo dados de saúde (dados pessoais sensíveis), para atendimento às finalidades descritas neste termo e em atenção o artigo 14, §1º, da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

Nome do responsável: _____

Assinatura do responsável: _____