

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TELEMEDICINA, TELESSAÚDE E TRATAMENTO DE DADOS DE SAÚDE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que estou informado(a) e devidamente esclarecido(a) de que meu atendimento poderá ser realizado por telemedicina e/ou telessaúde, nos termos da Lei nº 14.510/2022, da Resolução CFM nº 2.314/2022 e demais normas aplicáveis.

O serviço de telemedicina é gerenciado pela AVITTA GESTÃO MÉDICA LTDA, CNPJ 62.979.465/0001-93, CREMESP sob nº 1041080, empresa responsável pela gestão e terceirização de consultas médicas realizadas por meio de telemedicina, prestadas por médicos e clínicas terceiras, independentes e devidamente habilitados para o exercício da medicina.

Declaro estar ciente de que a VOY atua exclusivamente como plataforma digital de gerenciamento em saúde, intermediando o acesso a serviços prestados por terceiros independentes, não realizando diretamente atos médicos, diagnósticos, prescrições, atendimentos clínicos ou quaisquer outras atividades privativas de profissionais de saúde. Reconheço, ainda, que toda avaliação clínica, definição diagnóstica, prescrição de tratamentos e demais condutas assistenciais são de responsabilidade exclusiva do médico responsável pelo atendimento.

Estou ciente de que os atendimentos são realizados por médicos independentes, devidamente habilitados e regularmente inscritos em seus respectivos Conselhos Profissionais, que possuem autonomia técnica e responsabilidade exclusiva pelas decisões clínicas, diagnósticas, terapêuticas e eventuais prescrições realizadas no contexto do meu atendimento.

Declaro que tenho ciência de que o atendimento poderá ocorrer na modalidade assíncrona, ou seja, à distância e de forma não simultânea, sem necessidade de interação em tempo real ou videochamada, podendo envolver o envio e análise de informações por meio de textos, formulários, documentos, imagens, fotos e vídeos disponibilizados por mim na plataforma.

Estou ciente de que, conforme avaliação clínica e a natureza da demanda apresentada, poderei ser orientado(a) a realizar avaliação complementar, inclusive por meio de atendimento presencial com médico ou outro profissional de saúde habilitado, quando o profissional responsável entender que o atendimento remoto não é suficiente para uma conclusão clínica segura.

Declaro estar ciente de que a omissão, inexatidão, inconsistência ou fornecimento incompleto de informações sobre meu estado de saúde, histórico clínico, uso de medicamentos, tratamentos prévios, alergias, condições de saúde ou quaisquer outros dados relevantes para a avaliação médica poderá comprometer a segurança e a adequada condução do atendimento. Nessas hipóteses, o médico

responsável, no exercício de sua autonomia técnica e profissional, poderá, a seu exclusivo critério clínico, suspender, interromper ou não prosseguir com o atendimento, bem como solicitar informações ou documentos complementares, recomendar avaliação presencial ou encaminhar o paciente para outro profissional ou serviço de saúde, sempre que entender que não estão presentes condições suficientes para uma avaliação ou conduta segura. A decisão médica será pautada exclusivamente em critérios técnicos, clínicos e de segurança do paciente, respeitada a autonomia profissional e a responsabilidade do médico pela definição da conduta assistencial.

Reconheço as limitações inerentes ao atendimento remoto, especialmente em razão da impossibilidade de realização de exame físico presencial, comprometendo-me a fornecer informações completas, verdadeiras e atualizadas sobre meu estado de saúde, sem omitir dados que possam impactar a avaliação clínica.

Estou ciente de que, a depender do caso concreto, o profissional responsável poderá solicitar informações complementares, solicitar exames, recomendar avaliação adicional, indicar atendimento presencial, encaminhar para outro profissional ou especialista, ou concluir pela impossibilidade de realização do atendimento remoto. Estou ciente, ainda, de que poderei buscar segunda opinião profissional e obter avaliação por outro médico ou profissional de saúde habilitado, sem prejuízo da continuidade do meu atendimento.

Autorizo o tratamento dos meus dados pessoais e dos meus dados pessoais sensíveis relacionados à saúde, incluindo informações fornecidas em formulários, questionários clínicos, documentos, imagens, exames e histórico de saúde, para fins de viabilização do atendimento, avaliação clínica, acompanhamento assistencial, gestão da jornada de cuidado e demais finalidades necessárias à prestação dos serviços disponibilizados por meio da plataforma.

Estou ciente de que essas informações poderão ser compartilhadas, na medida do estritamente necessário, com a AVITTA, médicos responsáveis pelo meu atendimento, farmacêuticos, nutricionistas, demais profissionais de saúde envolvidos na minha jornada de cuidado, farmácias parceiras e terceiros necessários à operacionalização dos serviços contratados, sempre observadas as obrigações legais, regulatórias e de confidencialidade aplicáveis.

Estou ciente de que meus dados e informações clínicas poderão compor meu prontuário eletrônico e demais registros assistenciais relacionados ao meu atendimento, os quais poderão ser armazenados de forma segura pelo prazo exigido pela legislação e regulamentação aplicáveis, observadas as melhores práticas de segurança da informação e proteção da privacidade, podendo ainda, solicitar acesso às informações relacionadas ao meu atendimento e aos registros assistenciais aplicáveis, bem como comunicar eventual necessidade de

atualização ou correção de informações, observadas as exigências legais e regulatórias pertinentes.

Estou ciente de que poderei interagir com ferramentas tecnológicas baseadas em inteligência artificial durante minha jornada na plataforma, inclusive para coleta de informações iniciais, organização de dados, direcionamento de fluxos, realização de triagem, fornecimento de orientações gerais de caráter informativo e apoio à organização e validação de informações relacionadas aos registros assistenciais e ao prontuário eletrônico.

Compreendo que tais recursos atuam exclusivamente como ferramentas de apoio e não substituem a avaliação realizada por profissional de saúde habilitado. Esses recursos poderão, inclusive, ser utilizados para verificar a integridade e a consistência das informações, documentos e imagens enviados pelo usuário, identificando eventuais indícios de alteração, manipulação ou incompatibilidade que demandem revisão humana ou solicitação de informações complementares. Essa verificação não constitui certificação definitiva de autenticidade e não substitui a análise do profissional responsável. Estou ciente de que essas ferramentas não realizam diagnósticos, prescrições ou decisões clínicas de forma autônoma.

Declaro estar ciente de que a VOY poderá utilizar dados anonimizados — ou seja, dados que não permitam minha identificação por meios técnicos razoáveis — para finalidades legítimas relacionadas à produção de conhecimento, pesquisas científicas, estudos observacionais e epidemiológicos, desenvolvimento tecnológico, inovação, aprimoramento de produtos e serviços, avaliação de efetividade e segurança de tecnologias em saúde, geração de evidências científicas e regulatórias, desenvolvimento de soluções digitais em saúde e outras iniciativas voltadas ao avanço da ciência e da saúde.

Uma vez anonimizados, os dados deixam de permitir a identificação do titular e passam a ser tratados de acordo com as regras aplicáveis à anonimização previstas na legislação de proteção de dados.

Estou ciente de que essas atividades poderão ser realizadas pela VOY diretamente ou em parceria com instituições de pesquisa, universidades, empresas do setor de saúde, parceiros estratégicos e indústria farmacêutica, com uso preferencial de dados anonimizados e sem identificação direta dos usuários.

Quando exigido pela legislação aplicável ou pela natureza da pesquisa, poderei ser convidado(a) a fornecer consentimento específico adicional por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido próprio.

Estou ciente de que informações relacionadas ao uso de medicamentos, efeitos adversos ou eventos indesejados poderão ser utilizadas para fins de farmacovigilância e monitoramento sanitário, podendo ser compartilhadas com

autoridades competentes, incluindo a ANVISA, nos limites permitidos pela legislação aplicável.

Declaro estar ciente de que minha privacidade será respeitada e de que serão adotadas medidas técnicas e administrativas adequadas para a proteção dos meus dados pessoais e dados de saúde, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018).

Estou ciente de que determinadas atividades relacionadas à operação da plataforma poderão envolver o tratamento ou armazenamento de informações por empresas do grupo econômico da VOY ou por fornecedores localizados no Brasil ou no exterior, sempre em conformidade com a legislação aplicável de proteção de dados pessoais.

Declaro estar ciente de que posso solicitar esclarecimentos adicionais, interromper o atendimento ou optar por não prosseguir com determinada etapa da minha jornada assistencial, observadas as limitações legais e regulatórias aplicáveis.

Compreendo que as recomendações clínicas poderão envolver diferentes alternativas terapêuticas, incluindo a possibilidade de não iniciar tratamento medicamentoso ou de ser orientado(a) a buscar avaliação presencial complementar.

Por fim, declaro que:

- li integralmente este Termo;
- compreendi as informações aqui prestadas;
- possuo capacidade civil para prestar este consentimento e para fornecer as informações solicitadas durante minha utilização da plataforma;
- tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas;
- concordo livremente com a realização do atendimento por telemedicina/telessaúde;
- autorizo o tratamento dos meus dados pessoais e dados de saúde nos termos aqui descritos.

Comprometo-me a fornecer informações verdadeiras, completas e atualizadas, bem como a colaborar com os profissionais envolvidos no meu atendimento, contribuindo para a adequada condução da minha jornada de cuidado.