



CLÍNICA ROSA E MELO
MEDICINA E SAÚDE PERSONALIZADA

Termo de consentimento para telemedicina

Prezado Sr(a). _____

Solicitamos seu consentimento para realização de teleconsulta com o Dr Marcelo R. S. de Melo, CRM 123.033, em caráter excepcional e em conformidade com as orientações do Ministério da Saúde durante a atual pandemia de infecção pelo COVID-19- Portaria 467 de 20/03/2020.

Gostaríamos de confirmar que o(a) Sr(a) está ciente das limitações de uma consulta não presencial, que inviabiliza a realização de exame físico, considerado de suma importância para o correto diagnóstico e tratamento de algumas condições. O principal objetivo da avaliação à distância neste momento é a não exposição de pacientes ao risco de infecção, sem deixá-los desamparados a ponto de precisarem procurar um serviço de pronto atendimento, o que aumentaria esses riscos.

() ciente e de acordo Ass: _____

Local: _____

Data: ____/____/____