

Nome do(a) médico(a) _____
Especialidade · RQE _____

CRM / UF _____
Endereço do consultório · telefone _____

Termo de consentimento livre e esclarecido

Para procedimento ou tratamento em consultório. Uma via para o paciente, outra para o prontuário.

1. IDENTIFICAÇÃO

Paciente: _____

Documento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Responsável legal (se houver): _____ Documento: _____

2. O QUE SERÁ FEITO

Procedimento ou tratamento: _____

Indicação (por que é proposto): _____

3. O QUE ME FOI EXPLICADO

Declaro que o(a) médico(a) me explicou, em linguagem que compreendi: em que consiste o procedimento; os benefícios esperados; os riscos e complicações mais frequentes e as mais graves, mesmo que raras; as alternativas, inclusive a de não realizar; os cuidados antes e depois; e que não há garantia de resultado.

Riscos e alternativas específicos discutidos: _____

4. DECISÃO

- ☐ Tive oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas.
- ☐ Sei que posso retirar este consentimento a qualquer momento, sem prejuízo ao atendimento.
- ☐ Autorizo a realização do procedimento descrito acima.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do(a) paciente ou responsável

Nome legível: _____

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

CRM: _____ / UF: _____

Nome do(a) médico(a)

CRM / UF

Especialidade · RQE

Endereço do consultório · telefone

Termo de consentimento para tratamento de dados pessoais

Conforme a Lei 13.709/2018 (LGPD), art. 7º, I, e art. 11, I, para dados sensíveis de saúde.

Titular dos dados:

Documento: Contato:

1. QUAIS DADOS E PARA QUÊ

O consultório trata os dados de identificação, contato e saúde (anamnese, exames, diagnósticos, prescrições e evolução) para prestar o atendimento, manter o prontuário pelo prazo legal, emitir documentos e se comunicar sobre a continuidade do cuidado. A guarda do prontuário decorre de obrigação legal e não depende deste consentimento.

2. USOS QUE DEPENDEM DO SEU CONSENTIMENTO

- ☐ Envio de lembretes, orientações e resultados por e-mail ou WhatsApp para o contato informado acima.
- ☐ Compartilhamento com outro profissional ou serviço de saúde para continuidade do cuidado, quando eu indicar.
- ☐ Uso de sistemas em nuvem contratados pelo consultório, com sigilo garantido por contrato, para guarda e organização do prontuário.

3. SEUS DIREITOS

Você pode pedir acesso, correção, informação sobre compartilhamentos e a revogação deste consentimento a qualquer momento, pelo contato do consultório. A revogação não afeta o que já foi tratado nem a guarda obrigatória do prontuário.

Encarregado(a) / contato para dados pessoais:

Local: Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) titular ou responsável

Nome legível:

Nome do(a) médico(a)

CRM / UF

Especialidade · RQE

Endereço do consultório · telefone

Termo de consentimento para gravação e transcrição da consulta

Para uso de gravador ou aplicativo com transcrição e resumo por inteligência artificial.

Paciente:

Documento: Data da consulta: ____/____/____

1. O QUE SERÁ FEITO

A consulta será gravada em áudio para que o registro no prontuário seja feito a partir da transcrição, e não durante a conversa. A gravação e a transcrição são revisadas pelo(a) médico(a) antes de qualquer uso; o que vai ao prontuário é o texto aprovado por ele(a).

2. O QUE ME FOI EXPLICADO

- ☐ A finalidade é o registro clínico e a elaboração do resumo da consulta; não há uso comercial nem divulgação.
- ☐ A gravação e a transcrição ficam sob sigilo profissional, como o restante do prontuário, e são armazenadas em sistema contratado pelo consultório com controle de acesso.
- ☐ Posso pedir para interromper a gravação a qualquer momento, sem prejuízo ao atendimento.
- ☐ Posso pedir a exclusão do áudio após a aprovação do registro escrito.
- ☐ Um resumo em linguagem simples pode ser enviado a mim por e-mail ou WhatsApp, se eu marcar a opção abaixo.
- ☐ Autorizo a gravação e a transcrição desta consulta e das próximas, até que eu revogue.
- ☐ Autorizo apenas esta consulta.
- ☐ Quero receber o resumo da consulta por: ☐ e-mail ☐ WhatsApp

Local: Data: ____/____/____

Assinatura do(a) paciente ou responsável

Nome legível:

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

CRM: / UF: ____

Guarde este termo no prontuário. Quando a gravação for usada por software de transcrição, confira no contrato do fornecedor o local de armazenamento, o prazo de retenção e a garantia de sigilo (LGPD, art. 11 e art. 46).