**TERMO DE AUTORIZAÇÃO E COMPROMISSO PARA USO DE DADOS E IMAGEM VIDEOCHAMADAS**

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Identificação do Anuente (Paciente ou Responsável Legal – quando aplicável)**

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone1: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone2: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Identificação do receptor da videochamada**

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone1: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone2: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Identificação do profissional de saúde responsável pela videochamada**

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cód.Insc.Prof.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Considerando* os termos da Lei n°14.198,de 02 de setembro de 2021, que dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares.

*Considerando que*, o(a) Anuente se encontra ciente que, para viabilizar a realização da videochamada é necessário o seu consentimento, bem como a autorização prévia do profissional responsável por seu acompanhamento.

*Considerando* que as videochamadas serão realizadas respeitando-se os protocolos sanitários e de segurança com relação aos equipamentos utilizados.

*Considerando que* os dados, informações e imagens resultantes da videochamada deverão ser tratados com sigilo e confidencialidade pelas partes envolvidas, nos termos da regulamentação aplicável à espécie.

As partes acima identificadas, em especial o (a) Anuente, neste ato, e para todos os fins em direito admitidos, **AUTORIZAM** expressamente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ inscrita sob o CNPJ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a tratar todas as imagens e dados necessários especificamente para fins de viabilizar a realização da videochamada prevista na Lei 14.198/21, desde que, não haja desvirtuamento de sua finalidade.

As partes atestam terem sido informadas de forma clara sobre a finalidade da coleta e utilização dos seus dados pessoais (sensíveis ou não) no tratamento em questão, com fins únicos e específicos de realização da videochamada prevista na Lei 14.198/21, no estrito e rigoroso cumprimento da legislação aplicável sobre a privacidade e proteção de dados, em especial a Lei nº 13.709/2018 e suas eventuais alterações e regulamentações complementares.

Todos os dados, informações e imagens resultantes da videochamada serão tratados pela instituição, com a mais absoluta confidencialidade e sigilo.

Tal obrigação se estende às partes que assinam o presente Termo (Anuente, receptor das chamadas e profissional da saúde que providenciará a chamada), de forma que ficando também expressamente vedada a divulgação de imagens por qualquer meio que possa expor o paciente e/ou o serviço de saúde, estando cientes que em caso não observação, ficarão suscetíveis às penalidades previstas em lei, sem prejuízo da apuração de eventuais perdas e danos causados.

Por ser esta a expressão da vontade, assinam o instrumento em 04 (quatro) vias de igual teor.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANUENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RECEPTOR DA VIDEOCHAMDA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROFISSIONAL DE SAÚDE RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição de saúde

CNPJ:

**Testemunhas:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

01.Nome/CPF: 02.Nome/CPF: