

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE PARA VISITA VIRTUAL FAMILIAR

Considerando que:

- I. Foi declarada a pandemia do novo CORONAVIRUS (COVID-19) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e reconhecida pelas autoridades brasileiras como situação de calamidade pública;
- II. O novo CORONAVIRUS (COVID-19) é altamente infeccioso e com alta capacidade de disseminação entre a população, estando temporariamente suspensas as visitas presenciais;
- III. A visita é fundamental para o conforto psicológico e proporciona que o afeto familiar seja transmitido ao paciente hospitalizado, e;
- IV. Que esta instituição hospitalar (Hospital Nossa Senhora do Pilar), a fim de humanizar o atendimento, cuidar do bem estar do paciente e reforçar e fortalecer o elo entre o paciente e seus familiares, possibilita que as visitas aos pacientes hospitalizados, sejam realizadas tele chamadas por meio de aplicativos de mensagens, instalados em smartphones e/ou tablets; neste ato, eu

_____, portador do RG nº _____, inscrito no CPF sob o nº _____, **AUTORIZO A REALIZAÇÃO DA VISITA VIRTUAL COM MEUS FAMILIARES**, que poderá ser realizada via vídeo chamada e/ou chamada de voz, a critério da Equipe Multidisciplinar e sendo possível em razão do meu quadro clínico e capacidade para comunicação efetiva.

INFORMO QUE fui cientificado pelo Hospital Nossa Senhora do Pilar, que a tele chamada será resguardada pelo sigilo médico e não haverá o armazenamento de dados, tendo como finalidade apenas a transmissão da imagem e/ou voz do familiar ao paciente.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente e assumo a responsabilidade pelas informações acima prestadas

_____, _____ de _____ de 2020.

Assinatura: _____.

Nome do paciente: _____.