## TERMO DE AUTORIZAÇÃO 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 tabletes; neste ato, eu _____ __, portador do RG nº _____, inscrito no CPF sob o nº _____, estado civil _____, residente à _____, município de _____, no estado de _____, na qualidade de _____ [indicar parentesco com o paciente: ascendente (pai/mãe), cônjuge/companheiro, descendente (filho/filha), colateral até o 3º grau de parentesco (irmão/irmã, tio/tia, sobrinho/sobrinha)], **AUTORIZO A REALIZAÇÃO DA VISITA VIRTUAL FAMILIAR** ao paciente_____ _____, portador do RG nº _____, inscrito no CPF sob o nº _____,residente à_____ , município de _____, no estado de _____, que poderá ser realizada via vídeo chamada e/ou chamada de voz, cuja definição será atribuída ao médico responsável, segundo o quadro clínico do paciente.

**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 fim, para a preservação dos direitos do paciente, **DECLARO QUE** (preencher a opção da entrega da autorização):

(  ) em caso de envio digital desta autorização, assinada virtualmente, me comprometo a enviar uma foto em formato "*selfie"* com meu documento de identificação em mãos, para a comprovação do meu vínculo familiar com o paciente, e estou ciente de que se trata de condição de permissão para a visita virtual. OU
(  ) em caso de envio presencial desta autorização, assinada fisicamente, me comprometo a apresentar uma cópia física do meu documento de identificação, para a comprovação do meu vínculo familiar com o paciente, e estou ciente de trata-se de condição de permissão para a visita virtual.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente e assumo a responsabilidade pelas informações acima prestadas
_____, _____ de _____ de 2020.

Assinatura: _____.

Nome: _____.