

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA ENVIO DE DOCUMENTO MÉDICO POR E-MAIL

Eu, _____,

CPF nº _____,

na qualidade de: () paciente () responsável legal pelo paciente

_____,
declaro, para os devidos fins, que:

1. Solicito o envio do documento médico: _____ por meio eletrônico (e-mail), em razão de conveniência e/ou necessidade pessoal;
2. Indico, para este fim, o seguinte endereço eletrônico de e-mail para o qual deverá ser encaminhado o(s) documento(s):
 **E-mail:** _____
3. **Estou ciente de que o envio por e-mail não é considerado um meio totalmente seguro, estando sujeito a riscos como interceptações indevidas, acessos não autorizados, extravio, adulteração, ou divulgação acidental de informações;**
4. Declaro que assumo integral responsabilidade por quaisquer consequências decorrentes de eventual acesso indevido ao conteúdo enviado por e-mail, isentando o Instituto de Psiquiatria Paulista (IPP), seus profissionais e colaboradores de qualquer responsabilidade civil, administrativa ou penal por danos que possam decorrer do envio do(s) documento(s) ao e-mail informado;
5. Declaro, ainda, que este pedido é de minha livre e espontânea vontade, e que fui devidamente informado(a) sobre as possíveis fragilidades de segurança do meio eletrônico utilizado.

Por estar de acordo com os termos acima, firmo o presente termo.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente ou responsável

Nome completo: _____

Telefone de contato: _____