

## Termo de Consentimento

Eu \_\_\_\_\_,  
informo que estou de acordo em participar de atendimento por meio de Telefarmácia  
com o farmacêutico ( a) \_\_\_\_\_

Fui esclarecido(a) que terei as informações resultantes do atendimento registradas em  
meu prontuário.

Compreendo que a Telefarmácia pode ter limitações e que, caso, existam, serão  
informadas pelo farmacêutico.

Em caso de Telefarmácia para ensino e pesquisa, consinto o compartilhamento e a  
transmissão de informações.

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

---

Assinatura