**ANEXO DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 634/2020**

**TERMO DE CONSENTIMENTO DE CONSULTA DO PACIENTE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, informo que estou de acordo em realizar uma teleconsulta com o (a) enfermeiro (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por meio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Fui esclarecido(a) que terei as informações resultantes da consulta registradas em meu prontuário.