**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CONSULTA NUTRICIONAL ONLINE**

Eu, **[nome do paciente]**, portador(a) do RG **[número]** e CPF **[número]**, residente no endereço **[endereço completo]**, declaro que estou ciente e de acordo com as condições abaixo para a realização da consulta nutricional online com a nutricionista **Daniela Vicinansa Monaco** CRN -3 nº **8351,** conforme a Resolução CFN **Resolução CFN nº 760**, de 22 de outubro de 2023.

**1. Objetivo da Consulta Online**

A consulta nutricional online tem o objetivo de fornecer orientações e acompanhamento nutricional de forma remota, visando atender as necessidades de saúde, alimentação e nutrição.

**2. Condições Técnicas**

Estou ciente de que a consulta será realizada por meio de plataformas de videoconferência (como Zoom, Google Meet, etc.), e que devo garantir o acesso a um dispositivo com câmera, microfone e conexão à internet de boa qualidade.

**3. Limitações do Atendimento Online**

Entendo que, devido à natureza remota da consulta, certas avaliações físicas detalhadas, como medidas antropométricas ou exames clínicos, poderão não ser realizadas ou terão limitações.

**4. Confidencialidade e Proteção de Dados**

Fui informado(a) de que todos os dados compartilhados durante a consulta serão tratados com confidencialidade, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei nº 13.709/2018, e os princípios do Código de Ética do Nutricionista. A nutricionista se compromete a garantir a proteção das informações pessoais e de saúde, adotando as medidas necessárias para assegurar a privacidade e a segurança dos dados.

**5. Responsabilidade**

Reconheço que a responsabilidade sobre as orientações nutricionais e os resultados depende do seguimento adequado das recomendações feitas durante a consulta.

**6. Autorização**

Eu autorizo expressamente a realização da consulta online e concordo com o uso de plataformas de comunicação e informação para esse fim. Estou ciente dos riscos e benefícios envolvidos e aceito seguir as recomendações apresentadas.

**Local e Data:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Assinatura do Paciente:**

**Assinatura da Nutricionista: Daniela Monaco CRN-3 8351**