

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gravação de sessões, transcrição e análise assistida por inteligência artificial

Eu, _____, CPF _____, em atendimento com _____, profissional da psicologia inscrita(o) no CRP sob o nº _____, declaro que fui informada(o), em linguagem clara, sobre o tratamento de dados descrito neste termo, e que minhas dúvidas foram respondidas antes da assinatura.

- 1. Finalidade.** A gravação e a transcrição das sessões destinam-se exclusivamente a apoiar o registro clínico obrigatório (prontuário, Res. CFP nº 01/2009) mantido pela profissional. Nenhum outro uso — ensino, pesquisa, divulgação — está autorizado por este termo.
- 2. O que é tratado.** O áudio da sessão, gravado pela profissional. O áudio é apagado dos servidores imediatamente após a transcrição; permanece apenas o texto, incorporado ao registro clínico sob sigilo profissional.
- 3. Análise assistida por IA.** Quando autorizada, a transcrição pode ser analisada por ferramenta de inteligência artificial para gerar um rascunho de nota clínica. Antes de qualquer envio, identificadores diretos (nome, CPF, telefone, endereço) são removidos. O resultado é sempre revisado, ajustado e assinado pela profissional — a responsabilidade clínica é integralmente dela; nenhuma decisão sobre o meu acompanhamento é tomada por sistema automatizado.
- 4. Onde os dados ficam.** O armazenamento ocorre no Brasil. O processamento de transcrição e análise pode ocorrer, de forma transitória, em servidores de provedores de tecnologia no exterior, amparado no art. 33 da LGPD. A profissional se compromete a utilizar apenas ferramentas cujos termos vedem o uso dos dados para treinamento de modelos e limitem a retenção ao estritamente operacional.
- 5. Base legal.** Consentimento do titular para tratamento de dado sensível de saúde (LGPD, art. 11, inciso I), colhido por profissional sujeita a sigilo (Código de Ética Profissional do Psicólogo, Res. CFP nº 010/2005; no atendimento a distância, Res. CFP nº 09/2024).

6. Meus direitos. Posso revogar este consentimento a qualquer momento, no todo ou em parte, sem justificativa e sem prejuízo do meu atendimento — a revogação vale dali em diante. Posso solicitar acesso, correção e eliminação dos meus dados, observada a guarda mínima do registro clínico de 5 anos (Res. CFP nº 01/2009; LGPD, art. 16, inciso I).

7. AUTORIZAÇÕES — ESPECÍFICAS E INDEPENDENTES

Marcar apenas o que consentir. Cada autorização vale por si; recusar qualquer uma delas não altera o atendimento.

- ☐ **Gravação de áudio** das sessões, pela profissional, para os fins do item 1.
- ☐ **Transcrição automática** do áudio, com exclusão do áudio após a transcrição.
- ☐ **Análise assistida por IA** da transcrição, para rascunho de nota clínica revisado pela profissional.

8. Vigência. Este termo vale para as sessões realizadas a partir da assinatura e enquanto durar o acompanhamento, ou até a revogação. Uma via fica com cada parte.

_____, _____ de _____ de 20____.

Pessoa atendida ou responsável

nome legível · CPF