



TERMO DE CONSENTIMENTO PROGRAMA SAÚDE DA MULHER

Padrão: FOR-VBE-001

Estabelecido em: 27/11/19

Página 1 de 1

Nome:

CPF:

Data Nascimento:

A Unimed tem orgulho em fazer parte do seu dia a dia, seja na reabilitação, na manutenção ou na prevenção de doenças e, sobretudo na promoção de sua saúde. Para que nossos laços se estreitem e possamos caminhar mais unidos rumo à conquista da melhoria da qualidade de vida, é importante ler com atenção todos os termos abaixo:

COMO ENTRAR NO PROGRAMA?

Crêterios de Inclusão

- Ser cliente Unimed Brusque
- Estar em dia com as mensalidades do plano de saúde
- Possuir os crêterios clínicos atendidos pelo programa

DURANTE O PROGRAMA

Crêterios de Permanência

- Realizar avaliações periódicas com seu médico
- Participar das atividades do programa conforme orientações da equipe
- Manter ativo o plano de saúde

QUANDO TEREI QUE SAIR DO PROGRAMA?

Crêterios de Desligamento

- Quando não houver participação efetiva do beneficiário no programa
- Quando o beneficiário ou membro do núcleo familiar adotar postura e comportamento inadequado com a equipe do programa
- Quando ocorrer a alta médica emitida por profissional do Programa, ou quando encerrar o ciclo
- Cancelamento do Plano de Saúde
- Quando o cliente não tiver mais interesse em participar do programa.

AUTORIZAÇÃO DE IMAGEM

Ao aderir ao Programa o participante autoriza a veiculação e publicação da imagem sua ou de quem estiver representante legalmente, de forma não onerosa, utilizada a critério da UNIMED BRUSQUE para fins institucionais, concordando com a publicação, edição, modificação de qualquer natureza (desde que não implique em modificação total da imagem) a ser utilizada em quaisquer meios de divulgação (internet, redes sociais, panfleto, etc), a qualquer tempo. Em caso de não concordar com a presente Autorização de Imagem deverá manifestar sua vontade por escrito mediante protocolo, entregue na Unimed Brusque.

CRITÉRIOS ESPECÍFICOS DO PROGRAMA SAÚDE DA MULHER

- Trata-se de um programa voltado especificamente para a prevenção e detecção do câncer de mama, além dos demais cuidados com a saúde da mulher.
 - Público alvo do Programa: Beneficiárias de 35 á 69 anos da Unimed Brusque. O programa prevê a disponibilização de exame de mamografia sem custos de coparticipação, exame de ultrassom e consulta com especialista conforme conduta médica.
 - O programa dispõe de telemonitoramento constante após o ingresso no programa.
 - Para ingressar a beneficiária responde um questionário com oito perguntas pessoais, que nos faz conhecer o risco que a mesma possui para desenvolver o câncer de mama.
 - As mulheres de 35 á 39 anos agendam o exame de mamografia se apresentar risco para câncer de mama ao final do questionário, caso contrário é acompanhado através e orientações até completar 39 anos. Após os 40 anos o agendamento do exame de mamografia é anual ou conforme a conduta médica. A beneficiária receberá alta do programa ao completar 69 anos.
 - A Beneficiária autoriza o acesso dos coordenadores do Programa aos laudos de exames realizados, exclusivamente para fins de desenvolvimento e acompanhamento preventivo/diagnóstico.
- Declaro ter conhecimento que o programa não abrange o tratamento médico que porventura vier a necessitar. Não integrante diretamente do Programa poderão ser realizados pelo plano de saúde aplicando-se regras de cobertura e coparticipação conforme previsão contratual.
- A participante poderá solicitar seu desligamento a qualquer momento que julgar oportuno, sem nenhuma penalidade, devendo requerer por escrito.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Na qualidade de participante do Programa de Prevenção ao Câncer de Mama – desenvolvido pela Unimed Brusque Cooperativa de Trabalho Médico, declaro para todos os efeitos legais, de que **sou conhecedor dos termos do Programa**, bem como de minha condição e capacidade física, **requerendo voluntariamente minha participação** nas atividades do programa.

AUTORIZO O ACESSO DOS PROFISSIONAIS INTEGRANTE DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR O ACESSO AOS LAUDOS DOS EXAMES REALIZADOS POR MIM, exclusivamente para fins de desenvolvimento e acompanhamento preventivo/diagnóstico.

Declaro ter conhecimento que o programa não abrange o tratamento médico que porventura vier a necessitar.

Estou ciente que após a realização de exames médicos fico responsável em buscar os respectivos resultados e entregá-los para a equipe profissional do Programa.

Declaro que assumo integralmente a responsabilidade por qualquer dano físico ou mental durante o Programa, isentando a operadora Unimed de Brusque de qualquer tipo de responsabilidade civil, criminal ou indenizadora.

Declaro ter conhecimento e concordar com todos os termos deste formulário:

Assinatura _____ Data: ____/____/____