



TERMO DE CONSENTIMENTO PROGRAMA ARES

Padrão: FOR-VBE-002

Estabelecido em: 27/11/19

Página 1 de 1

Nome: _____

Data de Inclusão ____/____/____.

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 estreitem-se 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?

Crítérios de Inclusão

- Ser cliente Unimed Brusque
- Estar em dia com as mensalidades do plano de saúde.
- Possuir os critérios específicos do Programa ARES.

DURANTE O PROGRAMA

Crítérios 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?

Crítérios de Desligamento

- Quando não houver participação efetiva do beneficiário no programa, conforme critérios específicos.
- Quando o beneficiário ou membro do núcleo familiar adotar postura e comportamento inadequado com a equipe do programa.
- Quando ocorrer à 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 ARES

- Sua vaga será garantida pelo tempo programado de um ano, conforme plano de cuidado descrito a seguir:
 - Acompanhamento no primeiro mês: Consultas semanais;
 - Acompanhamento nos segundo e terceiro meses: Consultas quinzenais;
 - Acompanhamento no quarto mês: mensais, além do tele monitoramento semanal.
- Ao completar o tempo de participação, a equipe comunicará com 15 dias de antecedência a alta do programa. A vaga poderá ser mantida se houver necessidade clínica.
 - Ao realizar novos exames, trocas de medicações e visita ao seu médico assistente caberá ao participante comunicar ao médico do programa;
- O participante poderá solicitar seu desligamento a qualquer momento que julgar oportuno, sem nenhuma penalidade.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Na qualidade de participante do Programa ARES – 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. Declaro que estou em acompanhamento médico constantemente, através de médico(s) especializado(s) de minha escolha e responsabilidade, **e que faço uso dos medicamentos e demais recomendações prescritos pelo(s) mesmo(s).** Declaro que **não deixarei de realizar todos os acompanhamentos** médicos durante e após a participação no 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: ____/____/____