



TERMO DE CONSENTIMENTO LINHAS DE CUIDADO

Padrão: FOR-LC-001

Estabelecido em: 24/11/2023

Página 1 de 1

FICHA DE INSCRIÇÃO - Dados do Participante

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 a conquista da melhoria da qualidade de vida, é importante ler com atenção todos os termos abaixo.

COMO ENTRAR NO PROGRAMA?

Crítérios de Inclusão

- a) Ser beneficiário Unimed Brusque;
- b) Ter uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis;
- c) Comprometimento com tele monitoramento e metas a serem alcançadas.

OBJETIVO DO PROGRAMA:

- a) Aumentar a adesão do beneficiário a um direcionamento e tratamento adequado à sua saúde;
- b) Fazer com que o beneficiário adote hábitos saudáveis de forma permanente;
- c) Apontar situações que minimizem as limitações causadas pela patologia;
- d) Desenvolver o comprometimento do beneficiário na gestão de sua saúde.

QUANDO TEREI QUE SAIR DO PROGRAMA?

Crítérios de Desligamento

- a) Quando não houver participação efetiva do beneficiário no programa;
- b) Beneficiário ou membro do núcleo familiar que adotar postura e comportamento inadequados com a equipe do programa;
- c) O não cumprimento das orientações e condições estabelecidas neste termo acarretará de imediato o desligamento do beneficiário do programa.

AUTORIZAÇÃO DE IMAGEM

Ao aderir ao PROJETO 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, entregue na Unimed Brusque, mediante protocolo.

CRITÉRIOS ESPECÍFICOS DO PROGRAMA

- A participação no programa é POR TEMPO ILIMITADO, conforme critérios específicos informados ao participante no início do PROGRAMA;
- O participante deverá manter a equipe do Programa informada sobre qualquer alteração no seu estado de saúde;
- O participante poderá solicitar seu desligamento a qualquer momento que julgar oportuno, sem nenhuma penalidade.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Fui devidamente orientado sobre os objetivos do programa que visa capacitar os beneficiários, acima de 18 anos de idade, portadores de doenças crônicas, a gerenciar um estilo de vida mais saudável, compreendendo os processos de saúde-doença, com a melhoria da autoestima e o empoderamento para o autocuidado. Traçando um plano de cuidado individual de acordo com a minha necessidade, de uma maneira integral, longitudinal, com profissionais qualificados coordenando à assistência da minha saúde.

Concordo que as informações a respeito da minha saúde sejam registradas e utilizadas de forma sigilosa, e que assegurem a minha privacidade.

Estou ciente que a participação no PROGRAMA GERENCIAMENTO DE CRÔNICOS não impede a continuidade de atendimentos que desejar realizar com outros profissionais de saúde de minha preferência, mantendo sempre a equipe do Programa informada.

Na qualidade de participante do PROGRAMA GERENCIAMENTO DE CRÔNICOS – desenvolvido pela Unimed Brusque Cooperativa de Trabalho Médico, declaro para todos os efeitos legais, de que **sou conhecedor dos termos 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.

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO

Caso seu plano de saúde possua coparticipação, ao ingressar no Programa os beneficiários **são isentos** de coparticipação exclusivamente nos seguintes casos:

- * consulta de enfermagem;
- * atendimento SOS Unimed.

Qualquer outro atendimento realizado incidirá **coparticipação, inclusive a consulta médica e os encaminhamentos para especialidade médica (ortopedista, cardiologista, entre outros), atendimentos com equipe multidisciplinar, exames e demais procedimentos.**

***Grupos com equipe multidisciplinar:** os beneficiários que aceitarem participar do Programa, serão convidados a participar dos grupos, que tem objetivo de melhorar a qualidade de vida e incentivar hábitos saudáveis. **Estes grupos possuem cobrança de coparticipação.**

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

Assinatura _____ Data: ____/____/____