# TERMO DE ADESÃO DO PLANO DE ACOMPANHAMENTO [NOME DO PLANO]

Pelo presente termo, o(a) paciente abaixo qualificado(a) adere ao programa de acompanhamento de saúde, nas seguintes condições:

# 1) IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES:

Profissionais Responsáveis: [NOME COMPLETO], [REGISTRO]

PROFISSIONAL]/[ESTADO] [NÚMERO]

Clínica: [NOME DA CLÍNICA], CNPJ [NÚMERO]

Endereço: [ENDEREÇO COMPLETO]

Paciente: [NOME COMPLETO]

RG: [NÚMERO] CPF: [NÚMERO]
Endereço: [ENDEREÇO COMPLETO]

Telefone: [NÚMERO] Email: [ENDEREÇO]

# 2) GLOSSÁRIO

Para fins de identificação dos sujeitos da relação jurídica, o presente termo utilizará as seguintes denominações:

#### **Aplicativo Life Up**

Software para celular que auxilia no programa de acompanhamento, permitindo comunicação com o médico, registro de atividades e acesso a conteúdos educativos.

## Compromisso de Meio

Significa que o profissional se compromete a empregar seus melhores esforços e conhecimentos técnicos, mas não pode garantir resultados específicos, pois estes dependem de diversos fatores, incluindo a participação ativa do paciente.

#### LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados)

Lei 13.709/2018 que estabelece regras sobre como os dados pessoais, inclusive os de saúde, devem ser coletados e tratados.

#### Mapa da Saúde

Avaliação abrangente do estado de saúde do paciente, que inclui diversos aspectos como condição física, hábitos de vida e exames laboratoriais, apresentada em formato visual de fácil compreensão.

# Plataforma Life Up

Sistema digital utilizado pelo médico para registro do prontuário e acompanhamento do paciente, que se conecta com o aplicativo usado pelo paciente.

# Programa Não-Reembolsável

Significa que o valor pago pelo programa não será devolvido em caso de desistência ou cancelamento por parte do paciente.

#### Sigilo Profissional

Obrigação legal e ética do médico de manter em segredo as informações sobre a saúde do paciente.

## Suporte Técnico

Serviço de auxílio para resolver problemas técnicos relacionados ao uso da plataforma e do aplicativo.

# Urgência e Emergência

Situações que necessitam de atendimento médico imediato, que NÃO estão cobertas por este programa. Em casos assim, procure um pronto-socorro.

#### **Paciente**

É o cliente final que efetuará cadastro para a modalidade Paciente, sendo o contratante do serviço que será prestado pelo profissional responsável;

# **Profissional Responsável**

É o profissional responsável contratado para o programa de acompanhamento de saúde

#### 3) PROGRAMA CONTRATADO:

Nome do Programa: [NOME DO PROGRAMA]

**Duração:** [NÚMERO] meses

Valor Total: R\$ [VALOR] ([VALOR POR EXTENSO])

Forma de Pagamento: [ESPECIFICAR - parcela única ou número de parcelas]

## 3.1 O programa inclui:

- [LISTAR BENEFÍCIOS, por exemplo:]
- Acompanhamento médico intensivo:
  - o [NÚMERO] consultas presenciais ou por telemedicina
  - o [NÚMERO] de avaliações Mapa da Saúde
- Acesso completo ao app Life Up durante a vigência do programa:
  - o Monitoramento Contínuo de Hábitos: mais que medicações, vamos acompanhar como está sendo a sua rotina e te ajudar a adquirir hábitos saudáveis no processo;
  - o Troca de mensagens diretamente com o seu médico, pelo app.

- o Conteúdo Educacional: Acesse uma biblioteca de conteúdos sobre cada hábito saudável recomendado.
- o Acompanhe a sua Nota de Saúde e o progresso dos seus principais exames e indicadores de saúde, com gráficos detalhados.
- Prescrição personalizada de hábitos saudáveis
- [OUTROS BENEFÍCIOS]

## 4) COMPROMISSO DAS PARTES:

## 4.a. Do Profissional Responsável:

- 1. CASO TENHA DURAÇÃO DEFINIDA: Prestar os serviços médicos descritos no plano de acompanhamento pela duração de [DURAÇÃO ESCOLHIDA] meses [OU] CASO DURAÇÃO SEJA CONTÍNUA: Prestar os serviços médicos descritos no plano de acompanhamento por prazo indeterminado, até a interrupção dos serviços pelo cliente.
- 2. Realizar as consultas e avaliações programadas
- 3. Manter sigilo profissional
- 4. Utilizar a plataforma Life Up para monitoramento e comunicação conforme previsto no Plano
- 5. Preencher corretamente o prontuário do paciente e revisar todas as informações médicas para criação de laudos e afins.

#### 4.b Do Paciente:

- 1. Fornecer informações verdadeiras sobre sua saúde
- 2. Seguir as orientações médicas acordadas
- 3. Comparecer às consultas agendadas
- 4. Utilizar o aplicativo Life Up conforme orientado
- 5. Efetuar os pagamentos conforme acordado

# 4.c Sobre a utilização da plataforma Life Up:

O programa utiliza a plataforma Life Up como ferramenta de apoio. O(A) profissional responsável informa que:

- A plataforma possui política de segurança e confidencialidade de dados conforme LGPD
- 2. São realizados backups regulares das informações
- 3. Existe suporte técnico disponível para problemas no aplicativo
- 4. Podem ocorrer manutenções programadas, em horários de tráfego reduzido.
- 5. Em caso de problemas técnicos, o prazo do programa poderá ser estendido proporcionalmente

#### O(A) paciente declara estar ciente que:

- 1. A plataforma é uma ferramenta auxiliar do programa
- 2. Podem ocorrer indisponibilidades técnicas temporárias

# **5) PAGAMENTO:**

1. O valor do plano de acompanhamento é de R\$ [Valor].

- 2. O pagamento deve ser realizado conforme instruções recebidas, e o não pagamento poderá resultar na suspensão dos serviços até a regularização.
- 3. O programa contratado não é reembolsável após o início do acompanhamento. O(A) paciente está ciente de que:
  - a) O valor pago não será devolvido em caso de desistência
  - b) Não há possibilidade de transferência do programa para terceiros
  - c) O acesso ao aplicativo será mantido até o fim do período contratado
- 4. Em casos excepcionais de impossibilidade de continuidade por parte do(a) profissional, será oferecida uma das seguintes opções:
  - a) Transferência para outro profissional da equipe
  - b) Crédito proporcional para outros serviços da clínica

#### 6) PRAZO:

- 1. O presente termo e a relação contratual entre Profissional e Paciente se manterão pelo período contratado.
- 2. Este contrato será passível de rescisão pela parte considerada inocente, sem que a parte considerada inadimplente tenha direito a qualquer indenização, nas hipóteses seguintes:
  - a. O descumprimento de qualquer obrigação contratual pela outra parte ou de qualquer uma das cláusulas deste termo;
  - b. O ajuizamento de qualquer ação, contra uma parte, que venha a afetar a sua credibilidade ou idoneidade;
  - a. A ocorrência comprovada de motivos de caso fortuito ou de força maior.

#### 7) DISPOSIÇÕES GERAIS

Para eventuais conflitos, com o aceite do presente Termo de Aceitação está eleito, de forma irrevogável, o Foro da Comarca de cidade da clínica do profissional responsável a qual o paciente está vinculado para a solução, bem como torna imediatamente o profissional responsável ciente de impossibilidade de mudança de competência territorial, por mais privilegiado que seja o Foro.

# 8) DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

Declaro que li e compreendi todos os termos acima, recebi as orientações sobre o programa, tive minhas dúvidas esclarecidas e concordo com todas as condições estabelecidas.

Local e data	ı:	,	_ de	_de	·	

Assinatura do(a) Paciente: [NOME COMPLETO] CPF: [NÚMERO]

Assinatura do(a) Profissional Responsável: [NOME COMPLETO] CRM/[ESTADO] [NÚMERO]