

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:

1. 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: _____, ____ de _____ de _____.

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

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