

**TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE PELO USO DE TOXINA
BOTULÍNICA**

Identificação do(a) beneficiário(a)
Nome: Telefone: () CPF: Cartão Unimed nº: E:mail:
Médico ou dentista assistente
Nome: Endereço: CRM ou CRO: Telefone: () E:mail: Telefone de contato para a entrega do medicamento: Data e hora prevista para recebimento do medicamento: O(A) beneficiário(a) deverá obrigatoriamente confirmar essas informações com o profissional solicitante, solicitando a este que assine e carimbe abaixo, pois a tentativa de entrega será realizada com base nos dados contidos neste quadro. <hr/> <p style="text-align: center;">Assinatura e carimbo do profissional solicitante</p>

Segmento Corporal	Músculo	Lado Direito (UI)	Lado Esquerdo (UI)
<input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço			
<input type="checkbox"/> Membro superior direito			
<input type="checkbox"/> Membro superior esquerdo			
<input type="checkbox"/> Face anterior do tórax			
<input type="checkbox"/> Face posterior do tórax			
<input type="checkbox"/> Abdome			

F.AML.029 05 - IT.AML.035 - Finalizar Parecer Técnico Favorável - Local

<input type="checkbox"/> Nádegas (da cintura a raiz da coxa)			
<input type="checkbox"/> Coxa direita			
<input type="checkbox"/> Coxa esquerda			
<input type="checkbox"/> Conjunto perna e pé direito			
<input type="checkbox"/> Conjunto perna e pé esquerdo			
<input type="checkbox"/> Região genital e órgãos genitais externos.			
Quantidade total solicitada:			

Eu, acima identificado(a), declaro, para os devidos fins, por meio do presente termo, que fui orientado(a) de forma prévia e clara pela Unimed Curitiba, razão pela qual concordo com as condições estipuladas a seguir:

- 1 - O medicamento toxina botulínica é assegurado pela Unimed Curitiba exclusivamente para tratamento de **distonias focais, espasmo hemifacial e espasticidade, nos moldes da Diretriz de Utilização do Rol de Procedimentos vigente, estipulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.**
- 2 - Declaro ser portador(a) da doença _____ e a Unimed Curitiba poderá solicitar a apresentação de esclarecimentos e documentos comprobatórios do meu quadro clínico para fins de análise de cobertura do medicamento toxina botulínica.
- 3 - O bloqueio com toxina botulínica tipo A é integralmente custeado pela Unimed Curitiba quando liberado previamente e desde que realizado por médico cooperado e na rede credenciada. Desta forma, qualquer cobrança relacionada ao mesmo, seja por parte do médico cooperado ou do prestador credenciado, é irregular.
- 4 - Estou ciente de que, se optar por contratar serviços de médico não cooperado ou dentista, deverei efetuar o pagamento dos honorários em caráter particular e que tal valor não me será reembolsado pela Unimed Curitiba.
- 5 - Declaro ter conhecimento de que o medicamento toxina botulínica é pessoal e intransferível, portanto, tenho ciência de que em nenhum momento posso entregá-lo a terceiros, de forma gratuita ou onerosa.
- 6 - Estou ciente de que a transferência a terceiros do medicamento toxina botulínica é ilegal, caracterizando fraude contra a Unimed Curitiba, que pode implicar em medidas administrativas e/ou judiciais, nos termos da lei, inclusive a minha exclusão do plano de saúde sem aviso prévio.

F.AML.029 05 - IT.AML.035 - Finalizar Parecer Técnico Favorável - Local

- 7 - Estou ciente de que o uso do medicamento toxina botulínica para **fins estéticos** e/ou para tratamento de doenças diferentes de distonias focais, espasmo hemifacial e espasticidade **caracteriza fraude**, o que poderá implicar na **rescisão do contrato** ou na minha **exclusão do plano de saúde** e na **cobrança dos valores gastos** pela Unimed Curitiba a tal título.
- 8 - **Em total observância à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), manifesto-me livre, informada e inequivocamente no sentido de autorizar a Unimed Curitiba a tratar os meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis como sigilosos e confidenciais, protegendo-os e restringindo a sua utilização aos fins estabelecidos no presente termo, prevenindo e evitando que tais dados sejam usados para quaisquer outros fins ou divulgados a terceiros estranhos ao presente objeto**

Diante do exposto, afirmo que tenho pleno conhecimento do conteúdo do presente documento e tenho ciência da minha responsabilidade e das consequências inerentes ao uso irregular do medicamento toxina botulínica.

Curitiba, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) beneficiário(a)

