

Apêndice 4 - TERMO DE COMPROMISSO DE ATENDIMENTO

Declaro estar ciente e de acordo com os seguintes termos:

1. Fui informado de que a assiduidade aos atendimentos e orientações terapêuticas disponibilizadas é indispensável para o tratamento de saúde em questão;
2. Estou ciente de que usuários menores de idade devem estar acompanhados do responsável;
3. Estou ciente e de acordo de que havendo 2 (duas) faltas sem justificativa no trajeto terapêutico, minha vaga será cedida a outro usuário da fila de espera;
4. Fui informado que as justificativas aceitas são*: Usuário ou dependente doente no dia do atendimento agendado; Usuário ou dependente tem outro atendimento médico no mesmo horário; Óbito de familiares; Devendo entregar atestado médico, declaração de consulta ou atestado de óbito na Unidade de Saúde para justificar a ausência;
5. Declaro ainda ciência de que em caso de desligamento por faltas, deverei passar por nova avaliação da equipe eAP/eSF para realizar novo acolhimento no serviço para construção de novo plano terapêutico com um novo encaminhamento;
6. Estou ciente do limite de até 10 atendimentos terapêuticos (individuais ou em grupo), cabendo ao profissional responsável a avaliação da necessidade de abreviação ou continuidade, encaminhamento para outra modalidade de atendimento ou alta, a depender da evolução do quadro clínico apresentado;
7. Compreendo que atrasos serão considerados faltas, devendo comparecer 30 minutos antes para confirmação dos atendimentos na recepção da Unidade de Saúde;
8. Autorizo o uso de minha imagem para divulgação das ações desenvolvidas pelas equipes.

Ciente e de acordo assino o presente termo que me foi apresentado pelo profissional responsável.

Araucária, ____ de ____ de 20____

Usuário em atendimento: _____

Responsável (se menor de idade): _____

Profissional responsável: _____

(Assinatura e carimbo)

* As justificativas de faltas aceitas estão baseadas no Protocolo Administrativo da Central de Regulação Ambulatorial (fevereiro/25).