

- 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.
- 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)

F.AML.029 03 - IT.AML.035 - Finalizar Parecer Técnico Favorável - Local

