

Nutricional

PGS-MOS-EHS-213 Rev01

Eu, _____,

Matrícula: _____, estou participando do acompanhamento nutricional, cujo objetivo é melhorar meus hábitos alimentares e proporcionar maior qualidade de vida.

A minha participação no referido programa terá como propósito melhorar minha saúde, além de obter habilidades para reconhecer o impacto das minhas escolhas de estilo de vida sobre o meu bem-estar e saúde, e realizar mudanças no meu comportamento, por meio de atendimentos mensais com a nutricionista.

Estou ciente que é importante a minha participação nas consultas na data e no horário agendado, evitando atrasos. Estou ciente que as faltas não justificadas em até 48hs poderá ocasionar no bloqueio de agendamento de consultas por um período de 180 dias.

Estou ciente que poderei ter no máximo 2 faltas justificadas durante meu período de acompanhamento e as mesmas deverão ser justificadas via link disponibilizado pela consultoria. Estou ciente que as consultas serão realizadas online via plataforma de vídeo *Teams*. É importante procurar um ambiente seguro e eu possa me sentir à vontade durante as consultas. Estou ciente que o link para o atendimento ficará disponível no sistema de agendamento de consultas, logo após a confirmação.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo, sendo apenas liberado para a área médica.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido programa, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

_____, _____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do empregado