

## TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL



Eu, \_\_\_\_\_,  
R.G. nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_,  
responsável pela internação de \_\_\_\_\_  
em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ na Comunidade Terapêutica Água Viva,

### DECLARO:

1. Ter recebido uma cópia do Regulamento Interno e do Regulamento dos Familiares para o Dia de Visita, referente ao compromisso de deveres e obrigações de internos e familiares durante o período de internação do residente, e declaro também ter concordado com todas as exigências citadas nesses regulamentos.
2. Estar assumindo agora a total responsabilidade pelo pagamento da mensalidade combinada na entrevista, no valor de R\$ \_\_\_\_\_, assim como do fornecimento dos materiais de uso pessoal necessários durante o transcurso do tratamento.
3. Ter conhecimento que no ato da internação será paga uma taxa de inscrição no valor de R\$ 15,00 (quinze reais), uma passagem no valor de R\$ \_\_\_\_\_ e a primeira mensalidade do tratamento no C.T. Água Viva, no valor de R\$ \_\_\_\_\_, sendo que a segunda mensalidade será paga no vencimento do primeiro mês de tratamento, dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, a terceira mensalidade será paga no vencimento do segundo mês de tratamento, dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, e a última mensalidade será paga no vencimento do 3º mês de tratamento, dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, na graduação será devolvida a quantia referente à passagem. Caso o tratamento seja prolongado, a forma de pagamento será no mesmo regime dos pagamentos anteriores.
4. Estar assumindo total responsabilidade pelo ressarcimento dos danos físicos e materiais que possam ser provocados pelo interno citado, tanto dentro da Comunidade como fora da mesma em caso de fuga.
5. Estar assumindo agora a total responsabilidade legal pelas infrações que o interno possa cometer tanto dentro da Comunidade como fora da mesma em caso de fuga.
6. Estar ciente que em caso de fuga, o interno, família ou responsável do mesmo só poderão retirar os pertences do mesmo, se estiver em dia com os pagamentos das mensalidades, e somente com autorização do coordenador.
7. Declaro também estar ciente que tenho que acompanhar o interno com visitas no programa familiar, que serão realizados de 15 em 15 dias, sempre aos sábados de 9:00h às 11:45h. Se não for possível estar presente, enviar outro responsável da família ou de confiança da família, avisando sempre o C.T. Água Viva sobre a substituição com antecedência. O responsável deverá sempre apresentar documentos de identificação.
8. Estar ciente que não posso trazer presentes, nem guloseimas para o interno, isso pode causar severas punições ao mesmo.
9. Estar ciente que não posso entrar com cigarro, nem aparelhos telefônicos, dentro das dependências da Comunidade Terapêutica Água Viva.

Ritópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Nome por extenso \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável (familiar) \_\_\_\_\_

Assinatura do Coordenador \_\_\_\_\_