

ETIQUETA

Por este instrumento particular, o(a) paciente _____ ou seu(sua) responsável, Sr.(a) _____, declara estar ciente e de acordo com as seguintes condições:

1. DA ACOMODAÇÃO DIFERENCIADA

O Hospital compromete-se a disponibilizar ao(à) paciente acomodação diferenciada, livremente escolhida por ele(a) ou por seu(sua) responsável, por mera conveniência e opção pessoal, diversa daquela autorizada pelo convênio utilizado para a internação.

2. DEFINIÇÃO DE ACOMODAÇÃO DIFERENCIADA

Considera-se acomodação diferenciada toda unidade de internação de padrão superior àquela prevista na guia de autorização do convênio, conforme classificação adotada pelo Hospital e tabelas vigentes nesta data.

3. DO PAGAMENTO PELO USO DA ACOMODAÇÃO SUPERIOR

O paciente e/ou responsável assume(m), de forma solidária, total responsabilidade pelo pagamento do sobrepreço decorrente da escolha da acomodação diferenciada, entendido este como:

- A diferença entre o valor da acomodação autorizada pelo convênio e
- O valor da acomodação superior efetivamente utilizada, conforme tabelas próprias e vigentes do Hospital.

O sobrepreço não poderá superar os valores praticados pelo Hospital para pacientes particulares, cujas tabelas passam a integrar este termo, estando integralmente disponíveis para consulta. O(a) paciente declara estar ciente da composição de custos apresentada.

As partes reconhecem que a acomodação poderá sofrer alterações durante o período de internação, seja por solicitação do paciente, seja por necessidade assistencial ou disponibilidade, aplicando-se a este termo todas as consequências financeiras pertinentes.

Os honorários de médicos assistentes, cirurgiões, anestesiológicos e demais profissionais não estão incluídos no presente termo, devendo ser ajustados e pagos diretamente ao(s) respectivo(s) prestador(es).

4. DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E SERVIÇOS NÃO COBERTOS

O paciente e/ou responsável declara(m) que assumem integral responsabilidade financeira por:

- Materiais e medicamentos não cobertos pelo convênio;
- Órteses e próteses;
- Exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento não autorizados pelo convênio ou que excedam sua cobertura contratual.

O paciente e/ou responsável declara(m) ter pleno conhecimento da cobertura existente em seu plano de saúde. Caso o prazo de autorização da internação se encerre sem prorrogação pelo convênio, todas as despesas subsequentes serão cobradas integralmente como atendimento particular, salvo se houver nova autorização.

5. DA INTERNAÇÃO EM UTI

No caso de transferência do paciente para UTI ou unidade de cuidados intensivos similar, os familiares e/ou responsável deverão desocupar imediatamente a acomodação previamente utilizada.

A manutenção da ocupação indevida implicará cobrança de nova diária como paciente particular.

6. DAS OBRIGAÇÕES FINANCEIRAS

O paciente e/ou responsável se comprometem a:

- a) Apresentar todos os documentos necessários à formalização da internação;
 - b) Realizar depósito inicial a título de adiantamento de despesas, bem como reforços posteriores sempre que solicitados;
 - c) Quitar o valor final da conta até o momento da alta hospitalar;
 - d) Em caso de atraso no pagamento, incidirão:
 - juros de 1% (um por cento) ao mês,
 - multa de 10% (dez por cento) sobre o valor principal devidamente corrigido;
 - e) Em caso de cobrança judicial, a parte vencida arcará com honorários advocatícios de 20% sobre o valor da condenação, além de custas e demais encargos legais.
- O depósito inicial poderá ser realizado em dinheiro ou cheque nominal ao HOSPITAL.
Caso o valor depositado exceda o total das despesas, a restituição será feita após compensação bancária do cheque, no prazo mínimo de 3 (três) dias úteis.

7. DISPOSIÇÕES OPERACIONAIS DA INTERNAÇÃO

Ficam estabelecidos os seguintes critérios:

- a) A diária de acompanhante compreende exclusivamente leito extra e café da manhã, considerando acompanhante a pessoa que permanecer após as 22h;
- b) As diárias hospitalares encerram-se às 12h, sendo cobrada nova diária para permanência após esse horário;
- c) As altas hospitalares serão processadas diariamente até 11h;
- d) O paciente não poderá deixar o Hospital sem liberação por escrito do médico assistente;
- e) O paciente declara ciência de que o ambiente hospitalar envolve risco inerente de infecção, estando de acordo com os protocolos de controle adotados pela instituição.

8. DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Ijuí/RS para dirimir quaisquer disputas relativas ao presente instrumento, com renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Ijuí, _____ de _____ de _____.

Paciente

Responsável do Paciente