

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

INTERNAÇÃO HOSPITALAR — TERMO DE AJUSTE - ACOMODAÇÕES

EMENTA

TERMO DE AJUSTE PRÉVIO Hospital: Endereço: Rua, s/n. Paciente e/ou Responsável:
Endereço: Nome do Médico Assistente Pelo presente TERMO DE AJUSTE PRÉVIO, o paciente/responsável e Hospital acima nomeados. ajustam entre si as seguintes condições: 1º O paciente responsável declara ter conhecimento de que todo o paciente, ao dar entrada em Hospital desejar ocupar acomodações superiores àquelas oferecidas, assumirá inteira responsabilidade pelo pagamento da acomodação posterior. 2º O paciente/responsável declara que optou livremente pela utilização de acomodação superior à oferecida pelo SUS o que ratifica com sua assinatura, ficando obrigado ao pagamento das despesas, quarto/apartamento número-no valor de: Diária: Medicação / Material / RX / Oxigênio / Taxa / Sala: Honorário Médico por dia. Assinatura do paciente/responsável RG. nº
Assinatura do responsável pelo hospital Local e data