

PROCEDIMENTO GERENCIADO - DIÁRIA GLOBAL

Internação para Tratamento Clínico Adulto

Descrição	Valor por Dia
Apartamento	R\$ 2.100,00
Semi Intensiva	R\$ 3.260,00
U.T.I.	R\$ 6.510,00

INCLUSOS NA DIÁRIA:

01 Diária
 Taxas Hospitalares (Equipamentos, Enfermagem, etc...)
 Materiais e Medicamentos de rotina
 Gasoterapia
 Nutrição Enteral e Parenteral (Solução)

EXCLUSOS DA DIÁRIA:

Honorários Médicos (Todos), Fisioterapia, Fonoaudiologia;
 Exames Laboratoriais / Imagem, SADT (Exames Complementares), Sangue e Hemoderivados
 Patologias Cirúrgicas, OPME, Óxido Nítrico
 Procedimentos Especiais (ECMO, Hemodiálise, Diálise Peritoneal)
 Medicações de Alto Custo: Surfactantes, Indometacina, Prostim, Ambizone, Imunoglobulina, Synagis, etc...
 Novas Tecnologias e tratamentos ainda não utilizados

OBSERVAÇÕES:

1ª)	Para os casos em que houver a necessidade de isolamento, haverá um acréscimo de 20% no valor total da diária
2ª)	Para contagem de diárias, as mesmas encerram-se às 10:00 horas da manhã, independentemente do horário em que ocorrer a internação.
3ª)	Exames realizados por laboratórios externos (Banco de Sangue, Salomão & Zoppi, etc...) deverão ser pagos no momento da alta hospitalar apenas em dinheiro ou cheque.
4ª)	Os valores orçados acima foram baseados nas informações fornecidas pelo médico responsável, podendo variar conforme utilização de materiais, medicamentos, equipamentos, permanência da paciente e procedimentos adicionais conforme conduta médica.
5ª)	Para os pacientes internados pela modalidade particular e por tempo prolongado, a conta hospitalar será processada e fechada a cada 3 dias, as quais deverão ser quitadas assim que forem apresentadas.

Declaro que tomei ciência da relação de preços para internação em Apartamento / Semi UTI / Uti (Adulto) do Hospital, sem prejuízo de outros que possam ser necessários, com a qual estou plenamente ciente e de acordo, comprometendo-me a efetuar o pagamento devido por ocasião da alta hospitalar. Estabelecem as partes que não haverá prazo máximo para que se dê dita cobrança, vigorando até o integral pagamento.

Valores sujeitos à alterações sem aviso prévio

Para valores não mencionados na estimativa acima, consultar tabela de valores disponível na secretaria do hospital.

FORMAS DE PAGAMENTO

O pagamento poderá ser realizado em **dinheiro** ou através dos cartões de **Crédito / Débito**, bandeiras **VISA, MASTERCARD** ou **ELO**.

CONTATOS

Secretaria (1º Andar): 2ª à 6ª das 7h às 18:30h / sábados, domingos e feriados das 08h às 14h - Ramal: 2296 / 2297.

Nome Completo.: _____

Assinatura.: _____ Data.: ____ / ____ / ____.

E-mail.: _____