

**PROCEDIMENTO GERENCIADO - DIÁRIA GLOBAL**

*Internação para Tratamento Clínico Adulto*

Descrição	Valor por Dia	
Enfermaria	R\$	1.520,00
Semi Intensiva	R\$	2.770,00
U.T.I.	R\$	5.530,00

**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:**

<b>1ª)</b>	Para os casos em que houver a necessidade de isolamento, haverá um acréscimo de 20% no valor total da diária
<b>2ª)</b>	Para contagem de diárias, as mesmas encerram-se às 10:00 horas da manhã, independentemente do horário em que ocorrer a internação.
<b>3ª)</b>	Exames realizados por laboratórios externos (Banco de Sangue, Salomão & Zoppi, etc...) deverão ser pagos no momento da alta hospitalar apenas em dinheiro ou cheque.
<b>4ª)</b>	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.
<b>5ª)</b>	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 8h às 18h e sábado das 08h às 13h - ramal 9058 / 9059

Nome Completo.: \_\_\_\_\_

Assinatura.: \_\_\_\_\_ Data.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

E-mail.: \_\_\_\_\_