

**INFORMAÇÃO DE ITENS / PROCEDIMENTOS SEM COBERTURA**

Os itens apresentados abaixo são relativos aos principais itens não cobertos pelo Plano Maternidade, razão pela qual assumo total e integral responsabilidade pelos respectivos pagamentos, caso sejam necessários para o tratamento por indicação médica ou por solicitação pessoal.

| PROCEDIMENTOS, EXAMES E OUTROS                     |               | MATERIAIS E MEDICAMENTOS                          |                 |
|--|---------------|---|-----------------|
| Descrição  | Valor         | Descrição   | Valor           |
| Aeeg - Eletroencefalograma (Cada 12 HRS)           | R\$ 1.881,00  | Bico Protetor de Seio Nipple Mam                  | R\$ 49,32       |
| Pacote 3 Dias de Hipotermia / 4 Dias Aeeg          | R\$ 21.100,00 | Bolsa Termogel 350/400 ML - Quente/Frio           | R\$ 9,36        |
| Sensor Desc. Oxyalert Neonatal- UNID.              | R\$ 1.200,00  | Colchão Aquecido de Transporte Transwarmer        | R\$ 635,44      |
| Taxa do Equipamento N.I.R.S. (DIA)                 | R\$ 510,00    | Colchão Caixa de Ovo Densidade 23-4 CM            | R\$ 132,00      |
| Coronavírus por PCR (40314340)                     | R\$ 195,00    | Concha para Amamentação                           | R\$ 40,95       |
| Influenza A/B (Por PCR) + H1N1 (Por PCR)           | R\$ 492,00    | Disco Hidrogel p/ Fissura Mararia Mother Mates    | R\$ 61,36       |
| Anatomopatológico (Per Operatório) - Por Fragmento | R\$ 1.950,00  | Dermabond Adesivo Liquido P/Pele AHV-12 J&J       | R\$ 123,50      |
| Anatomopatológico (Biopsia) - Por Fragmento        | R\$ 490,00    | Incubadora Giraffe (DIA)                          | R\$ 425,00      |
| Acido Urico  | R\$ 28,00     | Lanolina Pura Pomada 7 GR                         | R\$ 19,66       |
| Cardiotocografia                                   | R\$ 250,00    | Mamare Protetor de Seios com Gel                  | R\$ 139,05      |
| Chagas   | R\$ 160,00    | Manta Térmica p/ MMSS Cod. 522 Augustine          | R\$ 139,60      |
| Creatinina - Ureia                                 | R\$ 28,00     | Meia Anti-Embolismo Ted Curt/Regul/Peq/Méd Tyco   | R\$ 140,00      |
| Desidrogenase Latica                               | R\$ 60,00     | Mirena 52mg Endoceptivo c/ 1 Insetor              | R\$ 1.177,19    |
| Fibrinogenio                                       | R\$ 40,00     | Partogama 330 Mcg                                 | R\$ 296,78      |
| Hematocito   | R\$ 20,00     | Perneira p/ Compressao Memb Infer.Ate Coxa        | R\$ 580,00      |
| Hemoglobina  | R\$ 20,00     | Prineo Adesivo J&J                                | R\$ 623,78      |
| Hemograma Completo                                 | R\$ 60,00     | Synagis 50mg/ml 1ml Ampola                        | R\$ 3.903,70    |
| HTLV I ou HTLV II                                  | R\$ 73,44     | Tractocile - <b>(consultar tabela de valores)</b> |                 |
| Magnésio   | R\$ 32,00     |   |                 |
| Peptídeo Natriurético BNP/Probno                   | R\$ 145,14    | <b>SERVIÇOS OPCIONAIS</b>                         |                 |
| Plaquetas  | R\$ 60,00     | <b>Descrição</b>                                  | <b>Valor</b>    |
| Potássio   | R\$ 28,00     | Vacina BCG (Contra Tuberculose)                   | R\$ 130,00      |
| Proteina C Reativa                                 | R\$ 30,00     | Exame do Pezinho Ampliado (Secretaria 1º Andar)   | <b>CORTESIA</b> |
| Proteínas Totais                                   | R\$ 30,00     | Exame do Pezinho Expandido (Secretaria 1º Andar)  | R\$ 110,00      |
| Reticulocitos                                      | R\$ 20,00     | SCID + AGAMA                                      | R\$ 200,00      |
| Sífilis  | R\$ 54,00     | Serviço de Cartório (Registro de Nascimento)      | GRATUITO        |
| Sódio  | R\$ 28,00     | Acesso a Rede Wi-fi (Internet Sem Fio)            | GRATUITO        |
| Tempo de Protombina                                | R\$ 30,00     | Exame de Reflexo Vermelho (Olhinho)               | GRATUITO        |
| Tempo de Tromboplastina Parcial                    | R\$ 30,00     | Exame de Triagem Auditiva (Ouvido)                | GRATUITO        |
| Transaminase Oxilacetica                           | R\$ 28,00     |   |                 |
| Transaminase Piruvica                              | R\$ 28,00     |   |                 |

Declaração de Nascido Vivo (DNV): O documento deverá ser retirado no setor de internação 01 (Um) dia após o nascimento com Apresentação do RG Original. Somente poderá ser retirado pelo Pai ou Mãe

**REFEIÇÃO PARA ACOMPANHANTE**

Para acompanhantes com direito as refeições (Café, Almoço e Jantar), as mesmas serão servidas na acomodação

**ALTAS FORA DO HORÁRIO DA SECRETARIA**

Fora do Horário de Expediente da secretaria, sua alta será realizada no setor de internação (Térreo).

Antecipe o fechamento de suas despesas.

Declaro que tomei ciência da relação de Itens usualmente não cobertos/tabela de preços 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**

**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.: \_\_\_\_\_.

**VIGÊNCIA: 08/2019**