

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\$ 2.299,00	Bolsa Termogel 350/400 ML - Quente/Frio	R\$ 9,36
Pacote 3 Dias de Hipotermia / 4 Dias Aeeg	R\$ 25.800,00	Colchão Aquecido de Transporte Tramswarmer	R\$ 635,44
Sensor Desc. Oxyalert Neonatal- UNID.	R\$ 1.200,00	Colchão Caixa de Ovo Densidade 23-4 CM	R\$ 132,00
Taxa do Equipamento N.I.R.S. (DIA)	R\$ 630,00	Concha para Amamentação	R\$ 40,95
Coronavírus por PCR (40314340)	R\$ 195,00	Disco Hidrogel p/ Fissura Mararia Mother Mates	R\$ 61,36
Influenza A/B (Por PCR) + H1N1 (Por PCR)	R\$ 492,00	Dermabond Adesivo Liquido P/Pele AHV-12 J&J	R\$ 123,50
Anatomopatológico (Per Operatório) - Por Fragmento	R\$ 1.950,00	Incubadora Giraffe (DIA)	R\$ 550,00
Anatomopatológico (Biopsia) - Por Fragmento	R\$ 490,00	Lanolina Pura Pomada 7 GR	R\$ 19,66
Acido Urico	R\$ 28,00	Mamare Protetor de Seios com Gel	R\$ 139,05
Cardiotocografia	R\$ 250,00	Manta Térmica p/ MMSS Cod. 522 Augustine	R\$ 139,60
Chagas	R\$ 160,00	Meia Anti-Embolismo Ted Curt/Regul/Peq/Méd Tyco	R\$ 140,00
Creatinina - Ureia	R\$ 28,00	Mirena 52mg Endoceptivo c/ 1 Insetor	R\$ 1.177,19
Desidrogenase Latica	R\$ 60,00	Partogama 330 Mcg	R\$ 296,78
Fibrinogenio	R\$ 40,00	Perneira p/ Compressao Memb Infer.Ate Coxa	R\$ 580,00
Hematrocito	R\$ 20,00	Prineo Adesivo J&J	R\$ 623,78
Hemoglobina	R\$ 20,00	Synagis 50mg/ml 1ml Ampola	R\$ 3.903,70
Hemograma Completo	R\$ 60,00	Tractocile - (consultar tabela de valores)	
HTLV I ou HTLV II	R\$ 73,44		
Magnésio	R\$ 32,00		
Peptídeo Natriurético BNP/Probno	R\$ 145,14		
Plaquetas	R\$ 60,00		
Potássio	R\$ 28,00		
Proteina C Reativa	R\$ 30,00		
Proteínas Totais	R\$ 30,00		
Reticulocitos	R\$ 20,00		
Sífilis	R\$ 54,00		
Sódio	R\$ 28,00		
Tempo de Protombina	R\$ 30,00		
Tempo de Tromboplastina Parcial	R\$ 30,00		
Transaminase Oxilacetica	R\$ 28,00		
Transaminase Piruvica	R\$ 28,00		
		SERVIÇOS OPCIONAIS	
		Descrição	Valor
		Vacina BCG (Contra Tuberculose)	R\$ 170,00
		Exame do Pezinho Ampliado (Secretaria 1º Andar)	CORTESIA
		Exame do Pezinho Expandido (Secretaria 1º Andar)	R\$ 170,00
		SCID + AGAMA	R\$ 200,00
		Serviço de Cartório (Registro de Nascimento)	GRATUITO
		Acesso a Rede Wi-fi (Internet Sem Fio)	GRATUITO
		Exame de Reflexo Vermelho (Olhinho)	GRATUITO
		Exame de Triagem Auditiva (Ouvido)	GRATUITO
		Foto / Filmagem * Ramal 2249*	CONSULTAR

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 7h às 18:30h / sábados, domingos e feriados das 08h às 14h - Ramal: 2296 / 2297.

Nome Completo.: _____.

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

E-mail.: _____.

VIGÊNCIA: 08/2019