

VALORES DE PRONTO ATENDIMENTO

PACOTES	VALOR
Consulta	R\$ 450,00
Consulta / Medicação / Sala de Observação	R\$ 1.045,00

EXAMES	VALOR
Ultrassom (Cada) - <i>por bebê</i>	R\$ 400,00
Cardiotocografia (Cada) - <i>por bebê</i>	R\$ 250,00
Perfil Biofísico do Feto (Cada) - <i>por bebê / Inclui Cardiotocografia</i>	R\$ 660,00
Amniosure - Kit Diagnóstico para Ruptura de Bolsa	R\$ 100,00
Chikungunya Anticorpos - (40324176)	R\$ 331,50
Coronavírus por PCR - (40314618)	R\$ 195,00
Dengue - IGG / IGM - (40306798)	R\$ 148,72
Dímero D - Pesquisa e/ou Dosagem - (40304906)	R\$ 159,00
Influenza A/B (Por PCR) + H1N1 (Por PCR) - (40404153)	R\$ 492,00
Influenza A/B (Por PCR) + VSR Por PCR (RN) - (40404161)	R\$ 468,00
Painel de Vírus Respiratórios - (70130023)	R\$ 585,00
Sorologia para Covid-19 (IGM/IGG) - (80020018)	R\$ 240,00
PCR Corona Poct - (80020019)	R\$ 372,00
Zica Vírus - IGG / IGM - (40324591 / 40324605)	R\$ 546,00

MEDICAÇÃO (EXCLUSA DO PACOTE)	VALOR
Aplicação de Vacina Anti-RH (<i>Partogama / Rhogan / Imunoglobulina</i>)	R\$ 639,68

Para os casos em que a medicação administrada for **APENAS VIA ORAL**, será realizada a cobrança da consulta somada ao valor da medicação e materiais, pois não há necessidade de utilização da Sala de Observação.

Exames Laboratoriais: Estão excluídos dos pacotes acima, e serão cobrados individualmente quando realizados

Declaro que tomei ciência da relação de preços no Pronto Atendimento 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 20h / sábados, domingos e feriados das 08h às 17h - Ramal: 6031.

Nome Completo.: _____

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

E-mail.: _____