

TERMO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Dr. Augusto César S. Sorage
Diretor Técnico Médico do Hospital
Unimed Costa do Sol
CRM - RJ 5254777-7

Unimed 
Costa do Sol

Hospital
www.unimed.coop.br/costadosol
Estr. Heroína Lima Vieira Azevedo, 73
27933-270, Glória, Macaé - RJ
T. (22) 2105-8008

Nome do(a) paciente: _____

Nome social: _____

RG: _____ CPF: _____ Código da Unimed: _____

Código da carteira: _____ Convênio: _____

Endereço: _____ Número: _____

Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____

Nome do responsável legal: _____

RG do responsável legal: _____ CPF do responsável: _____

Pelo presente instrumento particular que firmo de livre e espontânea vontade, na presença das testemunhas abaixo identificadas, autorizo o HOSPITAL UNIMED COSTA DO SOL, por meio do seu Corpo Clínico, a realizar no paciente acima identificado, todos os exames e tratamento que pelos médicos forem julgados e indicados como meios à salvaguarda de sua saúde e de sua vida, garantindo-lhe atendimento médico-hospitalar, ambulatorial ou cirúrgico, medicamentos, exames especializados, material, etc., mesmo em se tratando de paciente particular, ou usuários de plano de saúde se, eventualmente, os procedimentos necessários não estiverem incluídos nas coberturas contratuais. Entendo resultados dependem de fatores individuais do paciente e dos riscos inerentes aos procedimentos.

As despesas geradas por atendimento particular ou que não estejam cobertas pelo plano de saúde firmado entre a UNIMED e o paciente acima identificado, serão devidamente lançadas e discriminadas na fatura de serviços que será emitida a cada 48 (quarenta e oito) horas, comprometendo-se o declarante e/ou paciente a arcar e efetuar o respectivo pagamento após a emissão e respectiva apresentação, devendo a quitação final dar-se no momento da alta hospitalar.

Fica pactuado que os médicos e outros profissionais responsáveis por qualquer procedimento, parecer ou segunda opinião, ou pela internação e tratamento do paciente acima nominando, que forem pelo mesmo ou seu responsável escolhidos livremente e que não façam parte do quadro de cooperados da UNIMED COSTA DO SOL, não terão seus honorários vinculados à conta hospitalar, devendo ser liquidados diretamente com os referidos profissionais.

Caso liquidação do total da dívida não seja possível ao declarante e/ou ao paciente no momento da alta hospitalar, ficam estes obrigados a aceitarem, expressamente assinado, o título de crédito (Nota Promissória ou cheque) que no ato será emitido em seu nome, seja este o fiador ou o próprio paciente, título este que deverá estar acompanhado da(s) respectiva(s) Nota Fiscal de Prestação de Serviços com o devido aceite. Caso não tenha o paciente ou seus responsáveis e fiadores condições de custear a manutenção de internação, autorizam expressamente a sua transferência para outra unidade hospitalar, após os cuidados iniciais e desde que não haja risco de vida na remoção.



TERMO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Dr. Augusto César S. Sorage
Diretor Técnico Médico do Hospital
Unimed Costa do Sol
CRM - RJ 5254777-7



Hospital
www.unimed.coop.br/costadosol
Estr. Heroína Lima Vieira Azevedo, 73
27933-270, Glória, Macaé - RJ
T. (22) 2105-8008

Declaro que o HOSPITAL UNIMED COSTA DO SOL, por meio do seu Corpo Clínico e de seus atendentes, forneceu-me as informações e recomendações necessárias sobre as normas e rotinas deste hospital, destacando-se a responsabilidade do próprio paciente (caso em estado de consciência) e de sua família ou responsável legais ou fiadores pela guarda dos seus objetos pessoais e seus pertences em geral. Declaro, ainda, conhecer o regulamento interno do Hospital, obrigando-se a cumpri-lo integralmente, estando ciente e de acordo que o Hospital não tem qualquer responsabilidade por objetos e valores do paciente, de seus acompanhantes ou responsáveis.

O signatário, finalmente, se responsabiliza como fiel depositário, desde a sua entrada até a saída do Hospital, por todos os objetos que guarnecem o apartamento, obrigando-se por sua devolução ou indenização.

Macaé/RJ _____ de _____ de 20____

Assinatura do(a) Paciente ou Responsável Legal

Testemunha

CPF

Testemunha

CPF