

# HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ

## TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CLÍNICOS/CIRÚRGICOS COM ASSUNÇÃO DE DÍVIDA

- 5) Os médicos responsáveis pela internação e tratamento do(a) paciente, são de livre escolha minha e/ou do(a) próprio(a) paciente, exceto para os casos de urgência/emergência, sendo certo que os honorários destes profissionais serão liquidados diretamente, não se vinculando, em qualquer hipótese, à conta hospitalar. Autorizo o médico assistente a dar acesso ao prontuário médico do(a) paciente a outros profissionais de saúde, exclusivamente para auxílio no diagnóstico e respectivo tratamento.
- 6) Estou ciente da obrigação pelo pagamento das despesas resultantes das glosas, descontos ou procedimentos não cobertos pelo SUS e/ou pelo Seguro Obrigatório-DPVAT, por opção por atendimento e acomodações diferenciadas, inclusive medicamentos e honorários profissionais.
- 7) Assumo, neste ato, o compromisso de respeitar integralmente o REGULAMENTO INTERNO do Hospital, que está à minha disposição no Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC, estando ciente e de acordo que o HOSPITAL não se responsabiliza por objetos e/ou valores de pacientes, responsáveis e acompanhantes, podendo fazer uso, caso tenha interesse, do cofre colocado à minha disposição.  
Estou ciente que caso o(a) paciente esteja internado(a) na U.T.I., o uso do apartamento por parte do responsável/a acompanhante estará condicionado à existência de vagas, bem como o pagamento da taxa de ocupação, conforme a tabela de preços do HOSPITAL, uma vez que tais despesas não são cobertas pelos convênios.
- 8) Fica autorizado o Hospital, desde já, a emitir fatura(s) e boleto(s) bancário(s), para fins de cobrança.
- 9) O não pagamento das despesas devidas, acarretará não só no registro do meu nome no Serviço Central de Proteção ao Crédito - SCPC, como também na cobrança de multa moratória prevista em Lei, além do acréscimo de juros legais e correção monetária, de acordo com o IGP-M da FGV (Índice Geral de Preços Médios da Fundação Getúlio Vargas), ou na hipótese de sua extinção, qualquer outro, à escolha do HOSPITAL, que retrate com fidelidade a inflação.
- 10) A tabela de preços, que está sujeita à alterações sem prévio aviso, foi colocada, e assim permanecerá, à minha disposição no Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC do hospital, estando ciente dos preços vigentes nesta data. Outrossim, a consulta sobre o valor parcial da internação poderá ser feita a qualquer tempo, durante a internação.
- 11) Na impossibilidade de estar presente no momento da alta hospitalar, e tendo em vista ser minha obrigação reconhecer os serviços e despesas havidas, aceito, desde já, como se minha fosse, sem a necessidade de qualquer autorização específica futura, a assinatura de acompanhante que se qualificará na ocasião, respondendo por qualquer obrigação por ele(a) confessada.
- 12) Estou ciente que, o PACIENTE, beneficiário direto da prestação dos serviços médico-hospitalares aqui contratada, quando possibilitado de assinar o presente termo, assume de livre e espontânea vontade a condição de devedor solidário dos valores apurados na fatura demonstrativa dos serviços prestados (conta geral), com ciência de todos os direitos e obrigações iminentes da responsabilidade assumida, apondo em conjunto a sua rubrica ao final.
- 13) Fica eleito o Foro da Comarca de Maringá, com expressa renúncia a qualquer outro por mais privilegiado que seja, para dirimir qualquer controvérsia decorrente deste instrumento.
- Este instrumento realizado livre de qualquer coação, simulação e/ou dolo, é firmado em 02 (duas) vias de igual teor, para um só efeito, juntamente com as testemunhas abaixo presentes.

Maringá, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Responsável / Devedor

*Mikaelly Serra Rodrigues*  
\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha