

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome do Hospital: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO MÉDICO NA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO

Nome completo: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Sexo: ____ Leito: ____

Data de Admissão: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Registro: _____

Nome do diretor médico: _____ CRM: _____

O paciente e/ou seu responsável abaixo assinado(s), **autoriza(m)**, pelo presente, o atendimento médico do primeiro na Unidade de Pronto Socorro, nos termos abaixo especificados:

a) Será prestado atendimento médico-hospitalar ao paciente, de acordo com a boa técnica, respeitando os critérios internos e utilizando-se de equipe especializada, que está autorizada, desde já, a praticar todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos indicados, realizar exames e métodos diagnósticos complementares, ministrar medicamentos e proceder, enfim, todos os atos necessários ao perfeito atendimento.

b) O paciente/responsável declara ciência das regras estabelecidas por esta Instituição quanto à permanência de acompanhante durante o atendimento, a qual deverá ser respeitada, com exceção dos menores de idade, os quais tem o direito à permanência de um dos pais ou responsável. Assim como, que o atendimento de menores desacompanhados será monitorado e com imediata comunicação aos pais e/ou responsáveis. O paciente idoso, com idade igual ou superior a 60 anos tem direito a atendimento preferencial, respeitadas as situações de urgência/emergência, sendo-lhe assegurado o direito a um acompanhante.

c) A(s) proposta(s) de tratamento(s), assistência clínica, medicamento(s) ou procedimento(s) sejam exames e/ou cirurgia a(s) qual(is), poderá(ão) ser realizada(s) seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas serão explicadas no decorrer do atendimento, sendo concedida ao paciente e/ou responsável oportunidade para perguntas e respostas, tudo visando o consentimento livre e esclarecido.

d) As despesas do atendimento médico-hospitalar serão liquidadas no ato de seu fechamento.

e) O paciente, se beneficiário de plano de saúde, declara ter recebido da respectiva Operadora documentação hábil (contrato) onde consta a abrangência de cobertura oferecida, suas limitações e exclusões contratuais, estando ciente de que o **simples fornecimento de guia/senha de autorização para o atendimento médico inicial no Pronto Socorro não garante a cobertura integral das demais despesas pelo convênio.**

f) Esta Instituição não tem qualquer envolvimento na relação contratual ajustada entre o paciente e a Operadora de Planos de Saúde e **havendo recusa de pagamento por parte desta última, seja total ou parcial, o hospital se reserva o direito de cobrar os valores devidos pela tabela própria, a qual se encontra à disposição para consulta na administração.**

g) Pelo pagamento dos serviços prestados pelo hospital e não pagos pela Operadora de Planos de Saúde e sobre todo e qualquer atraso de pagamento incidirá multa moratória equivalente a 2% (dois por cento) do valor atrasado, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, além de atualização pelo IGP-M da Fundação Getúlio Vargas até a data da efetiva quitação.

h) Concordam as partes que toda e qualquer controvérsia decorrente da prestação de serviços médico-hospitalares, ora ajustada será processada perante o Foro determinado pela legislação aplicável a espécie.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Afirmo que li, compreendo e concordo com todas as informações deste termo.

_____, _____ de _____ de 20_____. Hora: ____ : ____

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de parentesco do responsável: _____ CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____ CPF: _____