

Caso não tenha etiqueta, preencher com os dados do paciente:

IH : \_\_\_\_\_ Data : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome : \_\_\_\_\_

Idade : \_\_\_\_\_ ano(s) \_\_\_\_\_ meses

## **Termo de Ciência - Honorários Médicos e de outros profissionais**

Prezado(a) Senhor(a) Paciente/ Responsável

O presente termo tem o objetivo de cientificar expressamente V. S<sup>a</sup>. de que os honorários de **Fisioterapia, Fonoaudiologia, Hemodiálise, Diálise Peritoneal e Hemofiltração, Nutrição Parenteral e/ou Nutrição Enteral e equipe médica da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade Coronária (UCO)**, referente a serviços realizados durante a internação hospitalar, serão da inteira e exclusiva responsabilidade do paciente e seu responsável quando da não cobertura pelo convênio, devendo o respectivo pagamento ser efetuado durante a Internação e na Alta.

**A relação abaixo de operadoras de saúde, não cobrem os Honorários Médicos da UTI e UCO (equipe médica ENIMAR / EMECOR) e deverão ser acertados no ato da alta, sendo estas:**

- **BRADESCO – Plano Livre Escolha Individual,**
- 
- **PARTICULAR**

Contamos com vossa compreensão e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos complementares que se façam necessários.

Atenciosamente,

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Hospital do Coração - Associação do Sanatório Sírio**

\_\_\_\_\_  
Nome completo do paciente ou responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

\_\_\_\_\_  
CPF