

PACIENTE

IH:	Data Nasc.:
Nome:	Idade: anos e mês(es)
Sexo:	CPF:
RG:	Telefone:
Est. Civil	Celular:
Endereço:	Bairro:
Cidade:	Estado:
CEP:	Mãe:
Pai:	Profissão:
Conjuge:	Plano:
Convênio:	Matric.:
Natural:	Leito:

RESPONSÁVEL

Nome:	RG:	CPF:
Endereço:	Bairro:	
Cidade:	Estado:	CEP:

O paciente e seu responsável acima nomeados e qualificados, por este instrumento e na melhor forma de direito, CONTRATAM e assim AUTORIZAM a internação do primeiro, bem como a execução, independente de autorização prévia, de todo e qualquer procedimento clínico ou cirúrgico ou exames ou atendimentos de fisioterapia indicados pelo médico ou equipe responsável, que forem indispensáveis e necessários para proteger, salvar ou mesmo tentar salvar a vida do paciente durante a internação em regime de terapia intensiva, ou em caso de urgência e ou emergência.

O médico responsável pela internação e tratamento do paciente é de livre escolha do mesmo ou do seu responsável. O Hospital do Coração não tem qualquer responsabilidade sobre os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou cirúrgicos, os quais são de inteira responsabilidade do profissional médico livremente escolhido, sendo que seus honorários médicos também são completamente desvinculados das contas hospitalares, e serão liquidados, pelo paciente ou plano de saúde, diretamente com o profissional contratado.

Em caso de urgência reconhecida pelos médicos assistentes e a pedido destes o hospital fornecerá prótese, órteses, materiais ou medicamentos e realizará exames que forem indispensáveis e necessários para proteger, salvar ou mesmo tentar salvar a vida do paciente e ainda fornecerá todas as condições necessárias para realização dos procedimentos cirúrgicos indicados pelos médicos, ressaltando que o hospital se reserva o direito de tomar as referidas providências sem a prévia autorização dos responsáveis/familiares do paciente.

O paciente e o responsável declaram que são de sua plena e geral responsabilidade os pagamentos, em caráter solitário e independente de ordem de nomeação, de todas e quaisquer quantias devidas em razão do tratamento médico/hospitalar prestado ao paciente, ou de eventuais quantias não cobertas pelo plano ou seguro de saúde.

O paciente que não for titular de plano ou seguro-saúde (paciente particular), assim como o paciente titular do plano ou seguro-saúde mantido por operadora da qual o Hospital do Coração não seja credenciado, e respectivos responsáveis, exceto nos casos de emergência ou urgência, obrigam-se, quando solicitado pelo Hospital do Coração, a efetuar o depósito prévio das despesas gerais de internação. O Hospital do Coração poderá, igualmente, solicitar aos pacientes e respectivos responsáveis, por ocasião da alta hospitalar, os pagamentos, referentes às despesas gerais de internação, se ao fim da internação a operadora de plano ou seguro-saúde, ainda não tiver emitido as guias de internação ou se tiver negado cobertura das despesas.

O paciente e o responsável estão cientes e contratam que todos os pagamentos devidos ao Hospital do Coração em virtude da internação ocorrida deverão ser realizados até o momento da respectiva alta, oportunidade da qual será emitida a fatura de prestação de serviços e respectiva duplicata, a qual deverá ser devidamente aceita pelo paciente ou, na impossibilidade, por seu responsável, o qual neste ato é efetivamente nomeado por aquele, seu bastante procurador para este fim específico.

Na hipótese de o paciente, ou respectivo responsável, não pagar, por ocasião da alta, a conta hospitalar decorrente da prestação de serviço contrada por este instrumento, ficam os mesmos desde já cientes de que o Hospital do Coração poderá adotar as providências pertinentes para a cobrança dos valores pendentes, inclusive através da rede bancária. Em caso de não pagamento da nota fiscal/fatura representativa da conta hospitalar, no respectivo vencimento, ficam o paciente e o responsável cientes de que o Hospital poderá encaminhar seus dados aos cadastros de proteção ao crédito para registro da respectiva pendência e posterior cobrança judicial.

Para o caso de pagamento parcelado, que poderá ser objeto de confissão da dívida a ser celebrada entre as partes, serão emitidas tantas promissórias, ou duplicatas quantas forem as parcelas, as quais discriminarão as datas e os valores dos pagamentos devidos, que serão devidamente corrigidos monetariamente e acrescido de juros remuneratórios nos termos abaixo previstos, e, se duplicatas, serão submetidas ao aceite do paciente ou responsável.

Em caso de cobrança de quaisquer valores porventura devidos e não pagos, incidirão, a partir da data da mora, juros moratórios e juros compensatórios fixados seguindo taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional na data de vencimento da obrigação (art. 406 do Código Civil), além de multa moratória de 2%(dois por cento), honorários advocatícios de 20%(vinte por cento) sobre o valor total, além de correção monetária a ser calculada entre a data do vencimento inicialmente previsto e não acatado e a data da efetivação da quitação, pelo índice do IGPM da Fundação Getúlio Vargas, ou em caso de extinção deste, por outro índice que venha a substituí-lo.

Neste ato é entregue ao paciente e ao seu responsável uma cópia do presente Termo de Responsabilidade e do Manual de Informações ao Paciente, bem como a disponibilização da tabela de preços praticados pelo nosocômio, dos quais assim tomam expressa ciência e se obrigam a fielmente respeitar.

As partes elegem o Foro do domicílio do Hospital do Coração para dirimirem eventuais pendências oriundas deste instrumento, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja ou venha a ser.

São Paulo, 5 de Fevereiro de 2019

Responsável

Paciente

Testemunha

Testemunha

Nome:

Nome:

RG:

RG:

[1011]