

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

IH: _____ Data: ____ / ____ / ____

Nome: _____

Idade: _____ ano(s) _____ meses

Termo de Ciência

Prezado(a) Senhor(a) Paciente/ Responsável

O presente termo tem o objetivo de cientificar expressamente V. S^a. de que:

MATERIAIS DESCARTÁVEIS / HIGIENE PESSOAL / EXAMES / TAXAS

1. Os materiais descartáveis e de higiene pessoal como: *Fraldas, Lâmina de Barbear, Tipóia, Imobilizador, Cuba Rim, Faixa Torácica, Copo Graduado, Prestobarba, Comadre, Papagaio, Micro Inalador Completo, Cotonetes, Absorventes e outros*, que tiverem sua cobertura negada pelo seu convênio, devendo ser pagos pelo paciente/responsável .
2. Os **Exames laboratoriais** (troponina, mioglobina, etc...) e **exames de diagnóstico** (Raio-X, Tomografia, Ressonância, etc...), que tiverem sua cobertura negada pelo seu convênio, deverão ser pagos pelo paciente/responsável .
3. Há um **acréscimo de 40%** no valor dos exames realizados em dias úteis entre as 22:00 e 06:00h da manhã, e sábados após as 13:00h, domingos e feriados em todos os horários.
4. Qualquer dano causado ao patrimônio do HCor pelo paciente/responsável/acompanhante, será de total e inteira responsabilidade do paciente e seu responsável.

MANUAL DE INFORMAÇÕES AO PACIENTE

O “Manual de Informações ao Paciente” é um instrumento de orientação essencial para o paciente e sua família, principalmente no tocante aos itens abaixo relacionados e nele contidos:

- **Diárias:** Compreendem, além do aposento, a alimentação do paciente e a acomodação de somente um acompanhante, sendo seus gastos cobrados à parte. Em caso de unidade de internação padrão enfermaria (cardiopediatria), é vedado a permanência de acompanhante, salvo em situações amparadas por critérios legais (estatuto da criança) e/ou autorizadas, em caráter excepcional, pela administração do hospital.
- **Transferências:** Após a transferência para o Centro Cirúrgico (procedimentos de médio e grande porte), UTI e UCO, informamos que o Apartamento/Enfermaria (Cardiopediatria) deverá ser liberado de imediato.
- **Disposições gerais:** O hospital não se responsabiliza por objetos e/ou valores de pacientes e acompanhantes, disponibilizamos um cofre, quando necessário , solicitar na recepção/internação, nos ramais 3025/3026/3023/3024

São Paulo, _____ de _____ de _____

Nome completo do paciente ou responsável

Assinatura do paciente ou responsável

CPF