

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome do Hospital: _____

Nome completo: _____

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

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

Nome do diretor médico: _____ CRM: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO E/OU ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR

O paciente e/ou responsável abaixo assinados, autorizam pelo presente, a internação e/ou atendimento médico-hospitalar, nos termos abaixo especificados:

a) O hospital prestará atendimento médico-hospitalar ao paciente, de acordo com a boa técnica, respeitando seus critérios internos e utilizando-se de equipe especializada, ficando autorizado, 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 médico do paciente.

b) Durante a internação, os acompanhantes e visitantes devem cumprir as normas estabelecidas no regulamento interno da Instituição.

c) A infecção em ambiente hospitalar como se sabe, muitas vezes é inevitável, apesar dos esforços adotados. Os instrumentos de que dispomos para a redução dos riscos são controles adotados pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), além de alguns cuidados que o hospital determina como regras e que devem ser adotadas por todos como: lavagem frequente das mãos, evitar sentar-se no leito do paciente e não ingerir dentro do quarto alimentos não fornecidos pelo hospital.

d) O tabagismo é proibido em todos os ambientes de qualquer instituição hospitalar, por força da legislação vigente.

e) O hospital reconhece que o médico assistente é o responsável pela condução do tratamento ministrado ao paciente, sendo a atuação de seu corpo clínico subordinada às diretrizes traçadas por este médico.

f) Os médicos assistentes são de livre escolha dos pacientes, inexistindo entre estes médicos e o hospital qualquer vínculo contratual ou de preposição, não estando inclusos na conta hospitalar seus respectivos honorários e nem tampouco respondendo o hospital pelos atos daqueles profissionais, cuja independência técnica é assegurada pelas normas que regem a atividade médica. Porém, para atuar no hospital, todos os médicos devem ser previamente cadastrados.

g) Caso o paciente não disponha de médico assistente ou especialista de sua preferência para a condução do tratamento, o hospital poderá referenciar um ou mais profissionais capacitados, denominados médicos de referência, não necessariamente credenciados pela Operadora de Planos de Saúde vinculada ao paciente e que, uma vez aceitos pelo paciente e/ou responsáveis, assumem a condição de médicos assistentes.

h) Em estreita conformidade com o artigo 39 do Código de Ética Médica, o hospital, e a equipe médica não se opõem a realização de segunda opinião solicitada pelo paciente ou responsável ficando certo que a contratação deste outro profissional médico para emitir opinião correrá por conta e às expensas do paciente e/ou responsável.

i) O paciente autoriza a identificação do seu nome na porta do quarto.

j) O Hospital compartilhará as informações relativas à evolução do estado de saúde pessoalmente e mediante a autorização do paciente a(s) pessoa(s) por ele indicada(s).

k) O período de internação, assim como todos os serviços do hospital, inclusive o de nutrição encerram-se no momento da alta médica. **A partir deste momento é permitida a permanência de paciente e acompanhante no apartamento por um período de até 01 hora.** Após este período, não havendo a liberação do apartamento, será cobrada 01 diária de acordo com a tabela de clientes particulares.

l) O paciente e/ou responsável, concordam em fornecer informações referentes ao estado de saúde, período de hospitalização e recuperação para inserção em banco de dados, com uso e finalidade restrita à produção de conhecimento científico, o que será feito respeitando-se os padrões éticos de sigilo, confidencialidade e anonimato.

m) As despesas hospitalares serão liquidadas no ato do seu fechamento, seja ele total ou parcial.

continua no verso →

n) O paciente, se beneficiário de plano de saúde, declara ter recebido da respectiva Operadora documentação hábil (contrato) onde consta a abrangência da cobertura oferecida pela referida empresa, bem como limitações e exclusões constantes do contrato, **sendo certo que o simples fornecimento de autorização para internação não garante a cobertura integral das despesas pelo convênio.**

o) 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 do hospital, a qual está à disposição para consulta na Administração.**

p) A **simples alta hospitalar do paciente não significa garantia de cobertura financeira pelo Convênio de Saúde, nem tampouco a quitação total da conta médico-hospitalar**, sendo resguardado ao hospital o direito de efetuar cobrança suplementar de qualquer débito verificado posteriormente.

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

r) O paciente/responsável declara que recebeu neste momento, juntamente com as explicações e orientações constantes deste termo os Manuais de Orientações e de Direitos e Deveres do Paciente.

s) 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.

PREENCHER EXCLUSIVAMENTE NO CASO DE ADMISSÃO ATRAVÉS DA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO

Deseja contatar médico assistente para acompanhamento do tratamento, em conformidade com o disposto no item "f" supra?

Não Sim Favor contatar o(a) Dr(a). _____, no telefone: _____

Deseja a indicação de médico(s) de referência, em conformidade com o disposto no item "g" supra?

Não Sim

PACIENTE/RESPONSÁVEL

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

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

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de parentesco do responsável: _____ CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível: _____ CPF: _____