

TERMO DE OPÇÃO POR TIPO DE ACOMODAÇÃO

Paciente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ RG: _____

Responsável Legal: _____

CPF: _____ RG: _____

Preencher se paciente for menor ou incapaz.

DECLARO que após apresentado as opções de acomodações disponíveis para internação, quais sejam enfermaria e apartamento, com descrição das características de cada uma, optei pela:

- () Enfermaria;
() Apartamento.

Fui informado (a) de que a escolha por apartamento pode gerar cobrança adicional não prevista no plano de saúde.

Entendo que a escolha por enfermaria ou apartamento não interfere na qualidade técnica do atendimento.

Estou ciente de que a disponibilidade de leitos pode afetar a acomodação escolhida, sendo priorizada a segurança do paciente.

Estou ciente de que, em caso de não cobertura do convênio para o apartamento, AUTORIZO a cobrança das diferenças de valores praticados pelo Hospital Regional Imaculada Conceição.

Guanhães/MG, ____/____/____.

Assinatura Paciente/Responsável