



---

**Contratada**

Hospital ITN9AR, sediada na cidade de São Paulo – Rua Consolação, 386 –  
CEP: 99999999 – Bairro: Vila Conceição – CNPJ:99999999999999

---

**Contratante**

Jose Luiz Residente e domiciliado em São Paulo (SP) na Rua Dom Pedro I , 101 – Telefone (11)1191-1101 – Portador da Identidade nº 254329112 e do CPF nº 17888511545

**Paciente**

JOSE LUIS DE SOUZA Residente e domiciliado em SÃO PAULO (SP) na RUA CONSOLACAO, 100 – Telefone 37820133 – Portador da Identidade nº 181454151 e do CPF nº 17878118822

---

O paciente e/ou seu responsável abaixo assinados, autorizam, pelo presente, a internação do primeiro, 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, que está autorizada, 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.
- b)** A proposta de Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento (s) ou Procedimento (s) (exames e cirurgias) a(s) qual(is) o paciente será submetido, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas serão explicadas durante os cuidados assistenciais pela equipe médica, sendo concedida ao paciente e/ou responsável oportunidade para perguntas e respostas, tudo visando o consentimento livre e esclarecido.
- c)** Durante a internação, os acompanhantes e visitantes devem cumprir as normas estabelecidas no regulamento interno do hospital, assim como aquelas referentes ao controle de infecção do hospital, lavando as mãos com frequência, evitando sentar-se no leito e não ingerindo alimentos no quarto, com exceção das refeições fornecidas pelo hospital, quando for o caso.
- d)** A infecção em ambiente hospitalar, como se sabe, muitas vezes é inevitável, apesar dos esforços e dos cuidados do hospital. Os cuidados acima descritos aliados aos controles dos riscos de infecção promovidos por nossa Comissão de Controle de Infecção em Ambiente Hospitalar (CCIAH) são os instrumentos de que dispomos para a redução dos riscos tanto quanto possível.
- 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 aquele profissional.
- f)** Inexiste entre os médicos assistentes e o hospital qualquer vínculo contratual ou de preposição, não estando incluso 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.



---

**Contratada**

Hospital ITN9AR, sediada na cidade de São Paulo – Rua Consolação, 386 –  
CEP: 99999999 – Bairro: Vila Conceição – CNPJ:99999999999999

---

**Contratante**

Jose Luiz Residente e domiciliado em São Paulo (SP) na Rua Dom Pedro I , 101 – Telefone (11)1191-1101 – Portador da Identidade nº 254329112 e do CPF nº 17888511545

**Paciente**

JOSE LUIS DE SOUZA Residente e domiciliado em SÃO PAULO (SP) na RUA CONSOLACAO, 100 – Telefone 37820133 – Portador da Identidade nº 181454151 e do CPF nº 17878118822

---

**g) Caso o paciente não disponha de médico assistente ou especialista cuja intervenção seja recomendada para a continuidade do tratamento, o hospital poderá indicar-lhe 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, na forma do item (f), acima.**

**h) As despesas hospitalares serão liquidadas no ato de seu fechamento, seja ele total ou parcial.**

**i) 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 as limitações e exclusões constantes do contrato, estando ciente que o simples fornecimento de guia/senha de autorização para internação não garante a cobertura integral das despesas pelo convênio.**

**j) O hospital não tem qualquer envolvimento na relação contratual ajustada entre o paciente e a Operadora de Planos de Saúde e havendo recusa ao pagamento por parte desta última, seja total ou parcial, o hospital se reserva o direito de cobrar os valores devidos diretamente do paciente e/ou seu responsável, pela tabela própria, a qual encontra-se à disposição para consulta na administração.**

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

**m) O paciente e seu responsável declaram-se integralmente responsáveis e em caráter solidário, pelo pagamento dos serviços prestados pelo hospital, que por quaisquer motivos, não pagos pela Operadora de Planos de Saúde e sobre todo e qualquer atraso de pagamento pelo paciente e/ou seu responsável incidirá multa equivalente a 2% (dois por cento) do valor atrasado, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, além de atualização pelo IGP-M da Fundação Getúlio Vargas até a data da efetiva quitação, na forma da legislação em vigor.**



---

**Contratada**

Hospital ITN9AR, sediada na cidade de São Paulo – Rua Consolação, 386 –  
CEP: 99999999 – Bairro: Vila Conceição – CNPJ:99999999999999

---

**Contratante**

Jose Luiz Residente e domiciliado em São Paulo (SP) na Rua Dom Pedro I , 101 – Telefone (11)1191-1101 – Portador da Identidade nº 254329112 e do CPF nº 17888511545

**Paciente**

JOSE LUIS DE SOUZA Residente e domiciliado em SÃO PAULO (SP) na RUA CONSOLACAO, 100 – Telefone 37820133 – Portador da Identidade nº 181454151 e do CPF nº 17878118822

---

n) Paciente e/ou responsável concordam que toda e qualquer controvérsia decorrente da prestação de serviços hospitalares ora ajustada será processada perante o foro central da Capital do Estado de São Paulo.

**Documentos Recebidos no ato da internação:**

Manual de Orientações/Regulamento Interno do Hospital

São Paulo, 11 de fevereiro de 2020

---

**ASSINATURA DO PACIENTE**

---

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL**

**Testemunhas:**

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

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

CPF nº....: \_\_\_\_\_

2) Assinatura: \_\_\_\_\_

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

CPF nº.....: \_\_\_\_\_