



OPÇÃO POR ACOMODAÇÕES HOSPITALARES SUPERIORES

Através do presente o (a) beneficiário (a) abaixo identificado (a) DECLARA que conhece o Regulamento do Programa de Serviços de Assistência Social Médico-Hospitalar dos Servidores do Município de Curitiba, em especial o item referente ao tipo de acomodação em hospitais, que especifica:

“A INTERNAÇÃO, SEM PAGAMENTO DE QUALQUER DEPÓSITO EM CHEQUE OU DINHEIRO, SERÁ EFETIVADA EM ACOMODAÇÃO COLETIVA DE 02 (DOIS) LEITOS POR UNIDADE E COM BANHEIRO EXCLUSIVO”

Entretanto, por livre escolha, declara estar optando por acomodação hospitalar diversa do padrão estabelecido pelo ICS, ficando claro que deverá pagar diretamente ao hospital a diferença de honorários médicos e de diárias, conforme especificações abaixo:

1 - Se a opção for por acomodação em APARTAMENTO/QUARTO INDIVIDUAL – o beneficiário (a) pagará diretamente ao hospital, a título de complementação de honorários médicos (cirurgião, auxiliares, anestesista, etc), no máximo até o equivalente a 100% (cem por cento) do valor praticado pelo ICS. E, em relação ao complemento das diárias hospitalares, o montante do valor a ser pago pelo paciente diretamente ao hospital não poderá ser superior a 150% (cento e cinquenta por cento) do valor praticado pelo ICS para acomodação coletiva padrão, ficando certo que os valores cobrados ao Beneficiário (a) em questão, são os seguintes:

DESPESAS MÉDICAS

Códigos dos Honorários Médicos e de Anestesiastas	Descrição	Valor Cobrado do ICS	Valor Cobrado do Paciente
	Valor Total		

DESPESAS HOSPITALARES / ACOMODAÇÃO

Códigos dos Serviços Hospitalares cobrados	Quantidade	Valor Cobrado do ICS	Valor Cobrado do Paciente
	Valor Total		

2 - Se a opção for por acomodação em SUÍTE, o (a) paciente deverá negociar livremente com o hospital o valor do pagamento das diferenças de honorários médicos e de diárias hospitalares. Deixando de haver necessidade de controle por parte do ICS, ficando, portanto, dispensada a descrição dos valores.

Em quaisquer das opções, fica claro, tanto ao Hospital, quanto ao Beneficiário (a), que caberá ao ICS apenas e tão somente o pagamento relativo ao valor dos honorários médicos, diárias e demais procedimentos hospitalares, como se o (a) paciente estivesse em acomodação coletiva padrão.

TIPO DE ACOMODAÇÃO ESCOLHIDA PELO PACIENTE: () Apto/Quarto Individual () Suíte

Curitiba, ____ de _____ de _____ .

Assinatura do Beneficiário (a)

Carteira ICS nº: _____

Nome do Beneficiário: _____ Telefone: _____

1ª via: Contratado/Hospital - 2ª via: Beneficiário (a) - 3ª via: ICS - Disponível na Internet -