

## Termo de Recusa

### TRANSFERÊNCIA PARA LEITO SUS SEM VAGA DISPONÍVEL

O **Paciente** \_\_\_\_\_ e/ou seu **Responsável**, abaixo assinado, vêm por meio do presente **Termo de Recusa de Transferência Para Leito SUS Sem Vaga**, declarar o seguinte;

Estando o **Paciente** acima qualificado internado junto a \_\_\_\_\_, o mesmo vem de livre e espontânea vontade e em pleno gozo de suas condições mentais, por si e/ou através de seu **Responsável**, recusar a sua transferência para uma Unidade Hospitalar da Rede Pública (SUS), que lhe foi oferecida nessa data.

Referida transferência ocorreria no momento da abertura de vaga em nosocômio da Rede Pública (SUS) a ser devidamente comunicada pelo SISREG (Sistema Nacional de Regulação) no momento em que houvesse a disponibilidade de leito.

Declaram **Paciente** e/ou **Responsável** que estão cientes de que caso queiram revogar o presente termo de recusa, terão que aguardar a disponibilidade de leito na Rede Pública (SUS). Bastando para tanto que comuniquem sua decisão para ao médico de plantão e assine o termo de consentimento de aceitação de transferência hospitalar, quando houver nova vaga disponível.

Declaram, ainda o **Paciente** e/ou o **Responsável** que têm absoluto conhecimento que a partir do dia \_\_/\_\_/\_\_, tanto as diárias e demais despesas hospitalares (diárias, alimentação, etc.) quanto os honorários médicos serão cobrados de forma particular, devendo ser quitadas a cada \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) dias, diretamente na Tesouraria do **Hospital Unimed Criciúma**, e que assumem toda e qualquer responsabilidade quanto aos valores decorrentes da internação na forma particular.

Declaram, também, que foram devidamente alertados e advertidos pelo Corpo Clínico do **Hospital Unimed Criciúma**, quanto as implicações de sua decisão, mesmo assim, preferem manter a internação de forma particular.

O **Responsável**, acima qualificado, declara, ainda, que assume a total responsabilidade na condição de principal pagador e devedor solidário, independente do benefício de ordem, dos depósitos prévios exigidos e demais despesas Hospitalares, inclusive de serviços prestados e/ou medicamentos fornecidos pela **Unimed Criciúma** ou por terceiros, necessários ao tratamento, até o pagamento final de todas as despesas decorrentes da internação e tratamento.

Criciúma, \_\_/\_\_/\_\_. Hora: \_\_:\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Responsável