

Termo de Recusa

TRANSFERÊNCIA PARA LEITO SUS COM VAGA DISPONÍVEL

O **Paciente** _____ e/ou seu **Responsável**, abaixo assinado, vêm por meio do presente **Termo de Recusa de Transferência Para Leito SUS Com Vaga Disponível**, 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 a Unidade Hospitalar da Rede Pública (SUS) _____, que lhe foi oferecida nessa data, e que lhe aceita receber imediatamente.

Referida transferência ocorreria em função da abertura de vaga no nosocômio acima indicado já comunicada pelo SISREG (Sistema Nacional de Regulação) no Hospital supramencionado.

Declaram **Paciente** e/ou **Responsável** que estão cientes de que caso queiram revogar o presente termo de recusa, terão que aguardar nova disponibilidade de leito em outra Instituição. 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