



**MARINHA DO BRASIL**  
**ESCOLA DE APRENDIZES-MARINHEIROS DE SANTA CATARINA**

Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**TERMO DE AJUSTE PRÉVIO**

Nome do beneficiário: \_\_\_\_\_

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

Nome do médico assistente: \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

O beneficiário ou seu dependente, o hospital e o médico assistente, acima referidos, ajustam entre si as seguintes condições:

**1.** Sobre-preço das instalações hospitalares especiais, livremente escolhidas pelo beneficiário ou seu responsável, limitado à tabela de preços para a clientela particular, considerada a dedução do valor da diária paga pela EAMSC ao Hospital:

R\$.....;

**2.** Complementação de honorários profissionais do médico assistente, conforme constar do contrato (ou convênio) firmado, e de até 100% (cem por cento) dos valores constantes da tabela da AMB, adotada pela Previdência Social:

R\$ .....

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura do beneficiário: \_\_\_\_\_

Assinatura do médico assistente: \_\_\_\_\_

Observações:

- a)** Para cada médico ou odontólogo, que assistir ao paciente, deverá ser firmado um Termo de Ajuste Prévio;
- b)** A EAMSC, não se responsabilizará pelos valores que excederem aos previstos nos contratos ou convênios estabelecidos;
- c)** Este ajuste não autoriza a cobrança de taxas não previstas em Termo de Contrato assinado entre a OSE e a Marinha do Brasil, de quaisquer naturezas; e
- d)** O presente documento deverá ser emitido em quatro vias, com a seguinte destinação: 1ª via - beneficiário ou responsável; 2ª via - EAMSC; 3ª via - hospital; 4ª via - médico assistente.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do beneficiário: \_\_\_\_\_

Nome e assinatura do responsável pelo Hospital: \_\_\_\_\_