



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: _____

Continuação do ANEXO I à Minuta de Termo de Contrato para Clínicas Médicas Especializadas

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: _____