



# CENTRO PAULISTA DE CIRURGIA

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE							
NOME						<input type="checkbox"/> 1ª INTER. <input type="checkbox"/> OUTRAS	
CIC	RG	DATA NASCIMENTO / /	IDADE	E. CIVIL	SEXO	CEP	
RESIDENCIAL		FONE	BAIRRO		CIDADE		UF
COMERCIAL		FONE	BAIRRO		CIDADE		UF
NATURALIDADE			PROFISSÃO		TITULAR		
PAI			MÃE				
MÉDICO RESPONSÁVEL	CRM	DATA INTERNAÇÃO / /	HORA	DATA	<input type="checkbox"/> ALTA	<input type="checkbox"/> OUTROS	HORA

QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL			RG Nº	
NOME	PROFISSÃO	CIC Nº	PARENTESCO	
RESIDENCIAL	FONE	BAIRRO	CIDADE	UF
COMERCIAL	FONE	BAIRRO	CIDADE	UF

O responsável supra qualificado e infra-assinado, declara para os devidos fins de direito, que tem conhecimento de que o Centro Paulista de Cirurgia S/C Ltda. (CPC) é Clínica a ser utilizada exclusivamente como hotelaria hospitalar. Dessa forma, o próprio paciente ou seu responsável, escolhe e autoriza a equipe médica, que melhor lhe convenha, para executar a cirurgia ou cirurgias de que necessita. **Assim, declara, expressamente saber que o CPC S/C Ltda. não tem responsabilidade sobre a execução técnica da cirurgia que o próprio paciente, ou seu responsável, diretamente contrataram com o médico, ou equipe médica, por ele escolhido.**

**A responsabilidade do CPC S/C Ltda., incide sobre a prestação dos serviços de internação hospitalar (hotelaria) e locação do centro cirúrgico e equipamentos básicos para realizações das cirurgias.**

Declara que recebeu e leu, no ato da assinatura do presente termo, o Regulamento Interno da Clínica, comprometendo-se a acatá-lo, porquanto concorda com os seus termos.

Declara e autoriza, caso a cirurgia for suspensa após a internação, a clínica cobrar até 30% (trinta por cento) do valor cobrado pelo "pacote" da cirurgia que foi previamente agendada, que corresponderá ao uso de suas dependências e reserva de sala cirúrgica.

Declara, ainda, para todos os efeitos de direito, que assume plena total responsabilidade pelos depósitos prévios exigidos, despesas de internação e tratamento médico hospitalar, inclusive por serviços eventualmente prestados ou por medicamentos fornecidos por terceiros e necessários ao tratamento do paciente supra qualificado. (As despesas abrangem todas aquelas realizadas desde a data da internação até a data da saída, com o fechamento das contas, sobre cujo montante final, incidirá juros de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária, conforme lei em vigor).

Declara, outrossim, que a responsabilidade ora assumida não tem prazo determinado e, por essa razão, persistirá até o pagamento final de todas as despesas, nos termos do que estabelece o artigo 896 e seguinte do Código Civil Brasileiro.

O não cumprimento das obrigações ora assumidas, ensejará a emissão de duplicata para cobrança bancária, além de outras medidas. Fico ciente que a clínica não se responsabiliza por objetos e pertences pessoais.

	ASSINATURA DO PACIENTE	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL	RECEPCIONISTA
SÃO PAULO / /			