



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMNE – 6º RM
4º BECnst

TERMO DE AJUSTE PRÉVIO

Nome do Hospital: _____

Av/Rua: _____ Nr: _____

Cidade: _____ UF: _____

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. Sobrepreço 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 **6ª Região Militar/4º Batalhão de Engenharia de Construção** ao Hospital:

R\$ _____;

2. Complementação de honorários profissionais do médico assistente, conforme constar do contrato (ou convênio) firmado:

R\$ _____

Local e data _____

Assinatura do beneficiário _____

Assinatura do médico assistente _____ CRM _____

3. As despesas acima serão de responsabilidade integral do beneficiário signatário.

Barreiras-BA, ____/____/____

Assinatura do beneficiário

Responsável pela OCS

Assinatura e CRM do médico assistente

Cmt/Ch/Dir UG FUSEX

Observações:

- a) Para cada médico ou odontólogo, que assistir ao paciente, deverá ser firmado um Termo de Ajuste Prévio;
- b) A RM/UG-FUSEx 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 Credenciamento assinado entre a OCS e o Exército Brasileiro, 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 – RM/UG-FUSEx; 3ª via - hospital; 4ª via - médico assistente.