



Ref.: Tratamento Da Hiperatividade Vesical Com Injeção Intravesical De Toxina Botulínica (Valor da Toxina Botulínica não inclusa no pacote)

Prezado Sr.(a.): FAVOR PREENCHEER COM O NOME DO PACIENTE

Agradecemos o seu interesse em utilizar nossos serviços, qualquer duvida referente a este orçamento favor nos contatar via e-mail: orcamentocirurgico@aacd.org.br , ou via telefone: (11) 5576-0777 Opção 2. Para agendamento do procedimento a(o) representante do(a) médico(a) deverá enviar esta carta com o nome por extenso, CPF e sua assinatura ou do(a) seu(ua) responsável para o e-mail: agendamentocirurgico@aacd.org.br , juntamente com os documentos pertinentes ao agendamento. Abaixo segue o nome do cirurgião, o(s) procedimento(s) a ser(em) realizados e as prévias de despesas hospitalares:

Cirurgião Dr.(a.): FAVOR PREENCHER COM O NOME DO MÉDICO

Proced.: 31103596 – Tratamento Da Hiperatividade Vesical Com Injeção Intravesical De Toxina Botulínica

VALOR DO PACOTE: R\$ 4.338,00

Itens Inclusos (Durante o período de internação)

- Hospital dia;
- Até 01 horas de tempo cirúrgico (Considera-se o tempo cirúrgico do horário de entrada do paciente em sala cirúrgica até a saída deste da sala);
- Materiais e Medicamentos de uso comum;
- Taxas de Equipamentos e Enfermagem.

Itens Exclusos (E/ou passíveis de cobrança extra caso utilizados)

- Diária(s) Extra(s);
- Honorários Médicos (Equipe cirúrgica e Anestesiasta);
- Horas Adicionais do Centro Cirurgico;
- Potencial Evocado;
- Unidade de Concentrado de Hemácias;
- Diária(s) de UTI;
- Fios de sutura especiais (Stratafix);
- Hemodiálise;
- Qualquer tipo de Exame;
- Toxina Botulínica;
- Nutrição Enteral, Parenteral e Especial;
- Quimioterápicos, radioterápicos e Hemoterápicos;
- Radiofrequência;
- Cintas e Colas Cirúrgicas;
- Fisioterapia;
- OPME's e Taxa de Manuseio e Esterilização.

Condições e Formas de Pagamento:

- Pagamento antecipado de 100% do valor;
- O pagamento deverá ocorrer de seg. à sex. das 8h as 18h (Exceto Feriados), e com até 1 dia útil de antecedência ao dia da internação;
- São aceitos como formas de pagamento: transf. bancária, cartão de débito e cartão de crédito (cartão de crédito á vista ou parcelado em até 10 vezes);
- Após fechamento da conta hospitalar caso existam despesas não previstas no orçamento, será enviado boleto bancário ao endereço domiciliar do paciente ou responsável com prazo de 5 dias para vencimento.

Orçamento válido para realização da cirurgia a partir de 01/07/2019 até 30/06/2020

Atenciosamente,

Sr.(a.) cliente favor preencher as informações abaixo

Resp. financeiro:

CPF:

Departamento comercial

Assinatura do responsável financeiro

Os valores acima poderão sofrer alterações de acordo com a conduta médica, período de internação, tempo cirúrgico não previsto, procedimentos associados não informados com brevidade e intercorrências.

ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DEFICIENTE

Unidades: SP (Ibirapuera, Mooca, Osasco, Lar Escola São Francisco e Mogi das Cruzes),
MG (Uberlândia e Poços de Caldas), PE (Recife), RJ (Nova Iguaçu) e RS (Porto Alegre).

Av. Prof. Ascendino Reis, 724 - Ibirapuera - São Paulo - SP - 04027-000 - aacd.org.br - PABX: (11) 5576-0777