

TERMO DE COMPROMISSO DE PAGAMENTO

A **FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA**, entidade de direito privado sem fins lucrativos, sediada na Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar, São Paulo, Capital, inscrita no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica sob o nº 56.577.059/0001-00, inscrita na Fazenda Estadual sob o nº 112.495.960.114;

1) PACIENTE:

Nome: _____

Data Nascimento: ___/___/_____ Estado Civil: _____ Natural de: _____

RG nº: _____ CPF nº: _____ Profissão: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: ___ Tels: Res.(____) _____ Com. (____) _____ Cel. (____) _____

Cônjuge: _____

2) DEVEDOR SOLIDÁRIO:

Nome: _____

Data Nascimento: ___/___/_____ Estado Civil: _____ Natural de: _____

RG nº: _____ CPF nº: _____ Profissão: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: ___ Tels: Res.(____) _____ Com. (____) _____ Cel. (____) _____

Cônjuge: _____

Resolvem celebrar o presente instrumento nas seguintes condições:

OBJETO

O objeto deste é a prestação de serviços médicos e hospitalares necessários ao tratamento do **PACIENTE** acima qualificado, admitido por ordem médica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – Fundação Faculdade de Medicina.

Parágrafo Único: As partes assumem por força do presente, plena e geral responsabilidade, quando exigidos, pelas contas hospitalares de despesas gerais e/ou internação e tratamento, médicos e hospitalares, inclusive serviços prestados ou fornecidos por terceiros.

OBRIGAÇÕES DO PACIENTE

1. Autorizo a **Fundação Faculdade de Medicina**, desde já, a emitir notas fiscais, faturas e duplicatas de prestação de serviços, para fins de cobrança;
2. Concordo que a responsabilidade ora assumida se estenderá até a liquidação de todas as despesas do **PACIENTE**, ainda que resultantes de internações ou moléstia diferente da que o levou à internação;
3. Efetuar os pagamentos totais ou complementares que vierem a ser exigidos para efeito da cobertura das despesas hospitalares, medicamentos, materiais de consumo, exames, e tudo o mais que se fizer necessário ao tratamento.

OBRIGAÇÕES DO DEVEDOR SOLIDÁRIO

1. Na qualidade de **DEVEDOR SOLIDÁRIO** efetuarei os pagamentos totais ou complementares que vierem a ser exigidos para efeito da cobertura das despesas hospitalares, medicamentos, materiais de

consumo, exames, e tudo o mais que se fizer necessário ao atendimento do **PACIENTE**, e por este ainda não pagos;

2. Reconheço o débito dos serviços e despesas havidas, aceitando, desde já, estes como se meus fossem, sem a necessidade de qualquer autorização específica, na ausência de pagamento por parte do **PACIENTE**.

OBRIGAÇÕES DAS PARTES

1. Obrigamo-nos a pagar as despesas apuradas quando da alta hospitalar ou da apresentação das contas, sob pena de incidir sobre os valores devidos, juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, acrescidos de multa de 2% (dois por cento) ao total apurado;

2. Em caso de pagamento parcelado, autorizamos a **Fundação Faculdade de Medicina** a emitir as fichas de compensação bancárias (boletos), acrescidas dos acessórios do item anterior;

3. Acatamos a condição de que, no caso de cobrança judicial ou extrajudicial das despesas hospitalares, a **Fundação Faculdade de Medicina** possa acionar qualquer dos responsáveis independente de ordem;

4. Na impossibilidade de apresentação da conta médica no momento da alta hospitalar, e tendo em vista ser obrigação reconhecer o débito dos serviços e despesas havidos, aceitamos, desde já, estes como se meus fossem, sem a necessidade de outra autorização específica;

5. Declaramo-nos cientes de que a substituição da condição de responsável está condicionada à demonstração e aceitação pela **Fundação Faculdade de Medicina**, de que o substituto comprove possuir idoneidade financeira e econômica compatível com os encargos;

6. Estamos cientes de que a tabela de preços vigente nesta data, ora colocada à nossa disposição, está sujeita a alteração nas datas previstas de reajuste;

7. Asseguramos o compromisso, no caso de cobrança dos encargos por via judicial, de pagar honorários advocatícios, acrescidos de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, sobre o montante da dívida, contados desde o vencimento do débito;

8. Obrigamo-nos, neste ato, a respeitar integralmente o Regulamento Interno do Hospital do qual tomamos ciência.

DISPOSIÇÕES GERAIS

1. As Partes declaram, para todos os efeitos, que optaram espontaneamente pelo tratamento particular no Hospital;

2. As Partes dispensam, em face da natureza do tratamento do PACIENTE, a apresentação de prévia elaboração de orçamento de despesas, inclusive em relação a serviços de terceiros, assim como a estipulação de prazo para término de atendimento hospitalar.

FORO

Fica eleito o Foro da Central da Capital do Estado de São Paulo, com expressa renúncia a qualquer outro por mais privilegiado que seja, para dirimir qualquer controvérsia decorrente deste instrumento.

Este instrumento é firmado, livre de qualquer coação, simulação e/ou dolo, em duas vias de igual teor, para um só efeito juntamente com as testemunhas abaixo assinadas.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

PACIENTE: _____ **DEVEDOR SOLIDÁRIO:** _____

FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA

TESTEMUNHAS:

1) _____
Nome:

2) _____
Nome:

RG:

RG: