



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO MILITAR DO NORDESTE
COMANDO DA 10ª REGIÃO MILITAR
2º BATALHÃO DE ENGENHARIA DE CONSTRUÇÃO
TERMO DE AJUSTE PRÉVIO

Nome _____ da
OCS: _____

Endereço _____ Nr _____, Bairro _____, Cidade _____, UF _____

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 RM/UG-FUSEx ao Hospital: R\$ _____.

2. Complementação de honorários profissionais do médico assistente, conforme constar do contrato em vigor, e de até 100% (cem por cento) dos valores previstos na Tabela CBHPM/5ª Ed., adotada pela Previdência Social: R\$ _____

Observações:

- a) Para cada médico ou odontólogo que assistir o 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 04 (quatro vias), com a seguinte destinação: 1ª via - beneficiário ou responsável; 2ª via – RM/UG-FUSEx; 3ª via - hospital; 4ª via - médico assistente.

_____, PI, ____/____/____

Nome e assinatura do beneficiário

Nome e assinatura do responsável pelo Hospital