

TERMO DE OPÇÃO PARA ACOMODAÇÃO EM APARTAMENTO SIMPLES

(Nome do Empregado)

(Matrícula)

(Lotação)

(Cargo)

vem, por meio deste documento, declarar perante a POSTAL SAÚDE que optou pela acomodação apartamento simples (individual), tendo em vista a internação hospitalar clínica solicitada pelo(a) Dr(a) _____, CRM nº _____, para a realização de tratamento clínico a que se submeterá o(a) Beneficiário(a) _____, cartão de identificação nº _____ no dia ____/____/____, no Credenciado _____, CNPJ nº _____, código de Credenciado _____, na cidade de _____, no estado de _____, bem como está ciente de que tal opção acarretará uma maior participação no compartilhamento das despesas médico-hospitalares do que se a internação se desse na acomodação enfermaria, em virtude de os percentuais a serem aplicados passarem a ser 20% para o nível básico, 30% para o nível médio e 50% para o nível superior, considerando o teto-limite para o cálculo do compartilhamento igual a 4 vezes o salário-base do Beneficiário titular.

(Local)

____/____/____
(Data)

(Assinatura do Empregado)