



**VERA CRUZ**  
HOSPITAL



**VERA CRUZ**  
CASA DE SAÚDE

**PACOTE PROCEDIMENTO ELETIVO – PARTICULAR**

| COD TUSS                                                                                                                                                                                                                                                                           | Procedimento             | Unidade    | VALOR (R\$)<br>Anestesia Sedação                                      | VALOR (R\$)<br>Anestesia Sed/Raqui |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 31309046                                                                                                                                                                                                                                                                           | Cercarem do Colo Uterino | Vera Cruz  | 4.006,80                                                              | 4.808,16                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          | Casa Saúde | 2.804,76                                                              | 3.365,71                           |
| Caráter de Atendimento: Day Hospital<br>Internação e alta no mesmo dia, até as 21:00 h                                                                                                                                                                                             |                          |            | Tempo Sala: até 01:00 hora                                            |                                    |
| Diárias/Acomodação: Day - Apartamento                                                                                                                                                                                                                                              |                          |            | Tipo Anestesia: Sedação ou Sed/Raqui (vide respectivos valores acima) |                                    |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- OPME: não previsto neste valor, devendo ser pago adicionalmente (se houver utilização).</li><li>- Anátomo Patológico (se houver): A pagar no hospital, adicional ao valor acima, e de acordo com a tabela do respectivo serviço.</li></ul> |                          |            |                                                                       |                                    |

**INCLUSÕES do Pacote:**

- Diária Hospitalar, conforme previsto acima (exceto para procedimento ambulatorial, o qual não contempla acomodação), assistência enfermagem, material e medicação de uso comum.
- Centro Cirúrgico: taxa sala e de equipamentos, gases medicinais, material e medicação de uso comum ao procedimento, assistência de enfermagem.

**EXCLUSÕES do Pacote:**

- SADT de qualquer natureza (exames laboratoriais, radiologia e exames especiais ex.: ecg, ressonância magnética, tomografia, ultrassonografia e terapias complementares);
- Medicamentos e materiais de alto custo (ex.: imunoglobulina, quimioterápicos, antibióticos, imunobiológicos, antivirais, antifúngicos e surfactantes);
- OPME órtese, próteses e materiais especiais (exceto se contemplados acima).
- Nutrição enteral e parenteral;
- Unidade Semi-intensiva e UTI, (exceto se previsto acima);
- Sangue e hemoderivados, anátomo patológico e outros Serviços de terceiros;
- Honorários Médicos e outros profissionais solicitados.
- Honorários do anestesista, que corresponde a 40% o valor do cirurgião (fone AGC - Grupo Care Anestesia - 19 997008624).

**Vera Cruz Hospital:** [hospitalveracruz.com.br](http://hospitalveracruz.com.br) - Rua Onze de Agosto, 495 - Centro - Campinas - SP

**Vera Cruz Casa de Saúde:** [casadesaudeveracruz.com.br](http://casadesaudeveracruz.com.br) - Praça Dr Toffoli, 28 - Centro - Campinas - SP



**VERA CRUZ**  
HOSPITAL



**VERA CRUZ**  
CASA DE SAÚDE

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

- Procedimento em caráter de internação a diária hospitalar vence às 10:00 horas do dia subsequente, independente do horário da internação. Para procedimento com previsão de Day Hospital a alta deverá ser até as 21:00 horas. Para procedimento Ambulatorial a alta se dá logo após a recuperação de sala (não previsto hotelaria/internação).
- O tempo cirúrgico é contado pelo tempo sala. Excedido o tempo estipulado, será cobrada uma taxa adicional de R\$ 1.200,00 por hora Vera Cruz e R\$ 1.000,00 Casa Saúde.
- Na hipótese de haver utilização de materiais excedentes aos previstos ou não inclusos no pacote, será cobrada a parte na alta hospitalar.
- Quando ocorrer intercorrências ou necessidade de procedimentos adicionais ou internação prolongada, a conta hospitalar será cobrada de forma aberta, ou seja, na sua totalidade e de acordo com tabela.
- Na hipótese de ocorrer alta antes dos dias previstos no pacote, usar tempo menor de sala ou não utilizar algo já previsto, não será feita devolução de valor uma vez que se trata de pacote (valor padronizado).
- Diária adicional para observação: Caso necessite de 01 diária adicional em apartamento, o valor é R\$ 2.500,00 Vera Cruz e R\$ 2.000,00 Casa Saúde. Para 01 diária adicional em UTI, o valor estimado é R\$ 6.000,00 Vera Cruz e R\$ 4.200,00 Casa Saúde. Exceção desses valores para casos em que a necessidade da diária adicional se dá em função de intercorrências clínicas/cirúrgicas ou necessidade de mat/med/terapias de alto custo, nesses casos o pacote perde a validade e a conta será faturada em sua totalidade de acordo com tabela particular vigente (conta aberta).
- Por trata-se de Pacote não haverá apresentação de conta aberta. Será disponibilizada a Nota Fiscal.
- Forma de pagamento: Antecipado, em até 03 dias antes da internação (PIX ou Cartão Crédito). Contatar a Tesouraria do Hospital, para alinhamento do processo financeiro.
  - Vera Cruz Hospital: [secretaria@hospitalveracruz.com.br](mailto:secretaria@hospitalveracruz.com.br) - Fone (19) 3734-3145, WhatsApp (19) 99872-2634.
  - Casa Saúde Hospital: [secretaria@casadesaudecampinas.com.br](mailto:secretaria@casadesaudecampinas.com.br) – Fone (19) 3736-3539, WhatsApp (19) 99205-5302

**Vera Cruz Hospital:** [hospitalveracruz.com.br](http://hospitalveracruz.com.br) - Rua Onze de Agosto, 495 - Centro - Campinas - SP

**Vera Cruz Casa de Saúde:** [casadesaudeveracruz.com.br](http://casadesaudeveracruz.com.br) - Praça Dr Toffoli, 28 - Centro - Campinas - SP