

ANEXO 2

PLANILHA FINANCEIRA DO PACIENTE/FONTE DE PAGADORA

Nome do paciente: _____

Número da conta: _____

Tamanho da família: _____

1A Cálculo de renda disponível

Salário/pensão mensal _____

_____ x 12 _____

SSI/VA mensal _____

_____ x 12 _____

Total da renda _____

_____ x 12 _____ (AA)

1B Cálculo de despesas mensais

Aluguel _____

Eletricidade _____

Gás _____

Telefone _____

Água _____

Prestações de automóvel _____

Cartões de crédito _____

Seguro _____

Outras _____

Alimentação (US\$ 100,00 x dependentes) _____

Total das despesas mensais _____

Total das despesas _____

_____ x 12 _____ (BB)

1C Renda elegível para as faturas do Hospital _____ (CC)

(AA – BB) (se for menos que 0, escreva 1)

1D Fatura estimada do Hospital para o paciente _____ (DD)

1E Identificação do patrimônio líquido

Contas bancárias _____

Títulos _____

Ações _____

Certificados de depósito _____

Fundos mútuos _____

Total do patrimônio líquido _____

_____ (EE)

1F Total devido pelo paciente menos patrimônio líquido (DD – EE) _____ (FF)

1G Renda elegível menos valor devido pelo paciente (CC – FF) _____ (GG)

Observação: Se GG for um número negativo, então o paciente não terá nenhuma responsabilidade financeira.

_____ Atesto que as informações acima são corretas.

_____ Atesto que o paciente/fonte pagadora está desempregado e não pode fornecer documentação de emprego.

Assinatura do paciente/fonte pagadora

Data