

ORÇAMENTO Nº: 009/2026

Manaus/AM, 09/06/2026

ORÇAMENTO PARTICULAR DE MEDICAÇÃO PARA INFUSÃO

Nome do Paciente: **EVELEN ALBUQUERQUE DA SILVA**

CPF do Paciente: **975.758.792-34**

1. Descrição do Procedimento/Tratamento

Vimos, por meio deste, apresentar orçamento referente ao paciente com diagnóstico de Neoplasia Maligna da Mama, com indicação para uso de ENHERTU, por via endovenosa (EV), a cada 21 (vinte e um) dias, correspondente a 1 (um) ciclo de tratamento, conforme prescrição e conduta médica apresentadas.

2. Valores

Procedimento a ser realizado: Manipulação e infusão de terapia antineoplásica.

TABELA PRÓPRIA

MEDICAMENTOS:

DESCRIÇÃO	DOSAGEM	QUANTIDADE	VALOR (R\$)
ENHERTU 100MG (TRASTUZUMABE DERUXTECANA)	338MG	04 FA	R\$72.869,24
TOTAL:			R\$72.869,24

TAXAS:

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR (R\$)
TAXA DE PROCEDIMENTO	-	R\$200,00
TAXA COMPACTA DE MATERIAIS/ANTIEMÉTICOS	-	R\$739,96
CONSULTA MÉDICA	-	CORTESIA
APARTAMENTO	-	CORTESIA
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	-	CORTESIA
TOTAL:		R\$939,96

O valor total deste orçamento importa na quantia de **R\$73.809,20 (SETENTA E TRÊS MIL E OITOCENTOS E NOVE REAIS E VINTE CENTAVOS)**.

Após a aplicação do desconto, o valor final fica em **R\$70.000,00 (SETENTA MIL REAIS)**.

3. Formas de Pagamento

1. À vista via PIX.
 2. Cartão de crédito e débito, eventuais encargos financeiros, juros, taxas de parcelamento ou tarifas incidentes sobre a forma de pagamento escolhida serão de responsabilidade do contratante.
-

4. Política de Desistência e Cancelamento (Observação Importante)

O cliente declara estar ciente de que, em caso de desistência do tratamento/procedimento por iniciativa própria, após a realização do pagamento, aplicar-se-ão as seguintes regras:

1. Caso a desistência ocorra em até 24 (vinte e quatro) horas após o pagamento realizado via cartão de crédito ou débito, o responsável pelo pagamento deverá entrar em contato com a operadora do cartão para solicitar o cancelamento da transação.
2. Caso o cancelamento não seja efetuado pela operadora do cartão, o reembolso será realizado após o repasse do valor pela administradora, podendo ocorrer de forma gradual, conforme a modalidade de pagamento utilizada, descontadas eventuais taxas administrativas.
3. Em caso de desistência ou cancelamento realizado em até 48 (quarenta e oito) horas após o pagamento, será devolvido 100% (cem por cento) do valor pago, descontadas eventuais taxas administrativas, conforme a forma de pagamento utilizada (PIX, cartão de crédito ou débito).
4. O paciente/responsável declara estar ciente de que a medicação objeto deste orçamento possui caráter individualizado e é adquirida/manipulada exclusivamente para seu tratamento, razão pela qual, após 48 (quarenta e oito) horas da confirmação do pagamento e iniciados os procedimentos de aquisição/manipulação, não haverá possibilidade de devolução integral dos valores pagos, diante da impossibilidade de reutilização do produto para terceiros, ressalvadas as hipóteses legais e eventuais falhas imputáveis à clínica.
5. Cabe ao paciente informar formalmente, através dos e-mails: financeiro.manaus@oncologicadobrasil.com.br, contamedicas.manaus@oncologicadobrasil.com.br e gerencia.manaus@oncologicadobrasil.com.br, o cancelamento do pagamento e solicitar o estorno do valor, conforme a modalidade de pagamento utilizada, sendo estes os canais oficiais reconhecido pela empresa para fins de registro e processamento da solicitação.

O paciente/responsável declara ciência de que seus dados pessoais e dados sensíveis de saúde serão tratados pela instituição exclusivamente para finalidades assistenciais, administrativas, financeiras e regulatórias, nos termos da Lei nº 13.709/2018 (LGPD).

O presente orçamento possui validade de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de sua emissão. Após o prazo de validade, os valores poderão ser reajustados em razão de alteração de preços de medicamentos, materiais hospitalares, tributos, taxas operacionais ou atualização da tabela interna da instituição.

Desta forma, colocamo-nos à disposição para esclarecer eventuais dúvidas que porventura venham a surgir.

Atenciosamente,
Oncológica do Brasil – Unidade Manaus

Declaro estar ciente e de acordo com todas as informações, valores e condições descritas neste orçamento.

Paciente ou Responsável Financeiro
(Assinatura [GOV.COM](#) ou assinatura e CPF)