

AUTORIZAÇÃO - DECLARAÇÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS

Eu, _____, portador do CPF _____, com cédula de identidade nº _____, devidamente matriculado na UNIMED _____ por meio do nº do cartão de identificação: _____, DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS ESTAR CIENTE DE QUE ME FORAM OFERECIDAS OPÇÕES

DE MÉDICOS CREDENCIADOS/COOPERADOS A REDE UNIMED.

CONTUDO, por livre espontânea vontade, DECIDI REALIZAR O PROCEDIMENTO _____, CBHPM _____, EM ____/____/_____, COM PROFISSIONAL PARTICULAR E EQUIPE POR ELE INDICADA (INCLUINDO TAIS COMO ANESTESISTA, AUXILIARES, INSTRUMENTADOR, INTENSIVISTA, PEDIATRA E ETC.).

Por esse motivo, DECLARO QUE SUPORTAREI E ASSUMIREI, INTEGRALMENTE, TODAS AS DESPESAS REFERENTES AOS PROFISSIONAIS MÉDICOS CONTRATADOS DE FORMA PARTICULAR QUE NÃO FAÇAM PARTE DA REDE CREDENCIADA/COOPERADA/CONTRATUALIZADA DA UNIMED _____, TENDO TOTAL CIÊNCIA DE QUE NÃO RECEBEREI NENHUM TIPO DE REEMBOLSO REFERENTE AO PROCEDIMENTO REALIZADO.

POR FIM, ISENTO A UNIMED _____ DE QUALQUER RESPONSABILIDADE EM RELAÇÃO A QUAISQUER HONORÁRIOS COBRADOS EM CARÁTER PARTICULAR.

Local e Data: _____, ____ de _____ de _____.

ASSINATURAS:

Responsável

Nome: _____

CPF: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Testemunha 1

Nome: _____

CPF: _____

RG: _____

Assinatura: _____

Testemunha 2

Nome: _____

CPF: _____

RG: _____

Assinatura: _____

