**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.

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, CASO MEU CONTRATO NÃO TENHA ASSEGURADO ESSE DIREITO.

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Testemunhas:**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome:  CPF: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome:  CPF: |