

DECLARAÇÃO

Em vista da opção de internação com equipe médica não credenciada pela Unimed-Rio, para realização do procedimento _____

(Nome do Procedimento)

código _____

(TUSS)

a que se submeterá _____

(Nome do Beneficiário)

código do cartão 0037 _____

em ____/____/_____, declaro estar ciente que o custo das despesas de toda a equipe médica, incluindo anestesista, não será pago ou reembolsado, em nenhuma hipótese, pela Unimed-Rio, mesmo em vigência de qualquer complicação decorrente do procedimento realizado.

Estou ciente, ainda, que o pagamento de todas as despesas referentes aos honorários da Equipe Médica serão suportadas por mim, tendo em vista que a Unimed-Rio dispõe de médicos cooperados em tais especialidades.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) usuário(a) ou responsável