

TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA

Declaro que tenho ciência que o contrato do beneficiário _____, de código de nº _____ é um plano não regulamentado e que este pode **não permitir cobertura contratual para órtese e prótese e/ou outros procedimentos**. No entanto, devido ao atendimento de urgência a solicitação de nº _____ (guia operadora) será autorizada porém a responsabilidade financeira recairá sobre o beneficiário devendo a cobrança ocorrer no prazo de até 30 dias.

IDENTIFICAÇÃO DO(A) RESPONSÁVEL (A)

Nome:	
CPF:	RG:
Grau de Parentesco com o Beneficiário(a):	
Telefone(s) para Contato:	

Campina Grande – PB, ___/___/_____

Responsável pelo recebimento Responsável se recusou a assinar o termo.