



TERMO DE CIÊNCIA PARA EQUIPE MÉDICA PARTICULAR

Nome: _____
RG nº _____ Órgão Emissor: _____ CPF nº: _____
Carteira TRT6 Saúde nº: _____
Telefones: (celular) _____ (residencial) _____
Nome do responsável pelo beneficiário: _____
Grau de Parentesco: _____

Declaro que tomei conhecimento de que o TRT6 Saúde oferece em sua rede credenciada equipe médica para a realização do(s) procedimento(s) solicitado(s) e que concordo que assumirei os custos com os honorários de toda a quipe médica não credenciada por mim escolhida, negociando e pagando os valores diretamente ao prestador do serviço.

_____ (Local/UF), _____ de _____ de _____.

Assinatura