

DECLARAÇÃO

EM RELAÇÃO À INTERNAÇÃO DE _____,
CONTRATO N.º _____, DECLARO ESTAR CIENTE DE QUE O(A)
DR(A) _____ (E SUA EQUIPE) NÃO
FAZ(EM) PARTE DO ROL DE MÉDICOS CREDENCIADOS DOS PLANOS
GARANTIA DE SAÚDE DA OPERADORA UNIESTE, E DE QUE O(S)
PAGAMENTO(S) DE SEUS HONORÁRIOS ESTÃO SOB A MINHA
RESPONSABILIDADE.

RIO DE JANEIRO, ____ DE _____ DE 20____.

CONTRATANTE/PACIENTE/RESPONSÁVEL