

**TERMO DE CIENTIFICAÇÃO
À UNIMED CURITIBA**

Eu _____
_____, beneficiário (a) de plano de saúde Unimed _____, portador(a) do cartão Unimed n° _____ e do CPF n° _____, afirmo que, por minha livre e espontânea vontade, decidi submeter-me ao(s) procedimento(os):

Código	Descrição

para tratamento da patologia CID _____, recomendado(s) pelo Dr.(a) _____, CRM/CRO _____ n° _____, estando ciente de que não se trata de profissional que integra o corpo de médicos cooperados da Unimed Curitiba, ficando assim a meu encargo o custeio dos honorários respectivos.

Assevero saber que por se tratar de médico/dentista não cooperado, a Unimed Curitiba não possui referências do profissional por mim escolhido, razão pela qual desconhece sua qualificação técnica para levar a intervenção a termo com segurança, tampouco, deve a liberação ser interpretada como concordância quanto a indicação terapêutica pois decorre exclusivamente de imposição legal específica, qual seja, estar prevista no Rol de Procedimentos estipulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, na Resolução Normativa n°. 387/2015, em vigor desde 02/01/2016.

Reitero estar ciente de que fica a meu encargo o custeio dos honorários médicos correlatos aos serviços prestados pelo médico/dentista não cooperado por mim escolhido, não havendo possibilidade de reembolso pela Unimed Curitiba.

Por ser expressão da verdade e para que produza os seus efeitos legais, firmo o presente.

Curitiba, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário ou Responsável