

**TERMO DE CIENTIFICAÇÃO
À UNIMED CURITIBA**

Eu _____
_____, beneficiário (a) de plano de saúde da Unimed _____, portador(a) do cartão Unimed n.º _____ e do CPF n.º _____, 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 n.º _____, 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.

Asseguro ter sido informado que a Unimed Curitiba possui à minha disposição diversos médicos cooperados habilitados a empreender o feito sem a imposição de qualquer ônus e com a qualidade técnica esperada.

Assevero saber que por se tratar de médico 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.º. 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 não cooperado por mim escolhido, não havendo possibilidade de reembolso pela operadora.

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

Curitiba, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário ou Responsável