



TERMO DE CIENTIFICAÇÃO

Eu, _____,
CPF: _____ declaro que recebi uma via deste documento e que
estou ciente de que:

- O médico hemodinamicista/cardiologista intervencionista _____, inscrito no CRM/RS _____ responsável pela realização do procedimento de _____ no paciente _____, CPF: _____ não é credenciado à Operadora de Saúde _____ da qual o paciente é beneficiário;
- Independentemente do credenciamento supra referido, todos os procedimentos de urgência/emergência os quais o médico hemodinamicista/cardiologista intervencionista entenda necessários o paciente submeter-se para salvaguardar sua vida estão de imediato autorizados e o pagamento dos honorários médicos decorrente dos mesmos será de minha inteira responsabilidade;
- Os procedimentos eletivos somente serão realizados mediante minha prévia autorização e aprovação do orçamento dos honorários médicos;
- O pagamento dos honorários médicos pelos serviços prestados deverão dar-se exclusivamente através da COOPHEMO-RS, Cooperativa dos Hemodinamicistas e Cardiologistas Intervencionistas do Rio Grande do Sul, cujo telefone e endereço me fora fornecido;
- Tenho ampla liberdade de contatar minha Operadora de Saúde para obter informações acerca da rede credenciada;
- A responsabilidade pelo pagamento dos honorários médicos devidos em razão dos serviços prestados é exclusivamente minha, tendo a faculdade de buscar cobertura/ressarcimento de minha Operadora de Saúde;

_____, ____/____/____
Localidade Data

Assinatura

ATENÇÃO: A ANS está disponível para tirar dúvidas pelos seguintes canais: www.ans.gov.br; Disque ANS: 0800 701 9656; ou presencialmente em um dos 12 núcleos distribuídos por todo o Brasil, cujos endereços estão disponíveis na página da ANS na internet. Outras informações a respeito das normas que regem os planos de saúde também podem ser encontradas na Lei Federal nº 9.656/1998.