

À

UNIMED RIO CLARO

DECLARAÇÃO

KIT – DIU - Convencional ()

KIT – DIU – HORMONAL ()

DECLARO TER UTILIZADO NA PACIENTE :
_____ O MATERIAL (KIT DIU)
SOLICITADO, EM MEU CONSULTÓRIO, CONFORME GUIA MÉDICA
DEVIDAMENTE PREENCHIDA E ASSINADA PELA PACIENTE.

Rio Claro, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do Médico Responsável pela paciente

Essa Declaração deverá ser preenchida e assinada pelo (a) cooperado (a) e enviada ao Setor de Contas Médicas da Unimed, juntamente com a guia de solicitação, devidamente assinada, para a comprovação da utilização do material e o devido pagamento dos honorários.