**TERMO DE CIÊNCIA**

Eu, beneficiário (e/ou responsável) CPF sob Nº , Carteirinha do beneficiário Nº , nome do beneficiário ATESTO, para os devidos fins que tomei ciência nesta data que o(s) procedimento(s) 

não é realizado através de credenciamento entre o Prestador/Cooperado  e a UNIMED SOBRAL - SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA, CNPJ 07.649.106/0001-60.

Apesar de ter ciência de que poderei antes da realização do(s) procedimentos(s) obter junto à UNIMED SOBRAL a rede credenciada disponível para realização do(s) serviço(s) solicitado(s), bem como que uma vez optando pelo pagamento em caráter particular não receberei por parte da UNIMED SOBRAL o reembolso de tais valores. AINDA ASSIM OPTO PELO PAGAMENTO EM CARÁTER PARTICULAR DO(S) PROCEDIMENTO(S).

Sobral, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



Nome do beneficiário ou responsável

 

CPF do beneficiário ou responsável