Goiânia, Clique aqui para inserir uma data.

Eu Dr.(a)      , CRM – GO

Declaro à **Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico**, **sob pena de NOTIFICAÇÃO ÉTICA ao Conselho Regional de Medicina e NOTIFICAÇÃO por INFRAÇÃO ESTATUTÁRIA à Cooperativa** que:

Na data desta Solicitação, realizei pedido médico a Beneficiário(a) vinculado(a) neste Guia.

Declaro, ainda, que a solicitação em questão **POSSUI CARÁTER ESTÉTICO** e estou ciente de que tal caráter (estético) não possui cobertura contratual, conforme Lei 9.656/98. Art. 10.: “É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto.

II - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

IV - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;”

Por fim, declaro veracidade integral das informações prestadas neste Formulário.

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

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO