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 **NÃO POSSUI CARÁTER ESTÉTICO**, uma vez que o citado caráter (estético) não possui cobertura contratual.

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

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

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO