

## DECLARAÇÃO / AUTORIZAÇÃO

SENHA AUTORIZAÇÃO	CÓDIGO DO USUÁRIO

Nome do Usuário: \_\_\_\_\_

Declaro que estive presente no Prestador Credenciado – Código \_\_\_\_\_ que fui submetido a procedimentos médicos relativos à \_\_\_\_\_ . Autorizo, ainda, à Unimed/NF, obter cópia do prontuário médico-hospitalar e demais documentos pertinentes ao(s) procedimento(s) realizado(s) e à especificação do CID.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Beneficiário/Responsável \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO / AUTORIZAÇÃO

SENHA AUTORIZAÇÃO	CÓDIGO DO USUÁRIO

Nome do Usuário: \_\_\_\_\_

Declaro que estive presente no Prestador Credenciado – Código \_\_\_\_\_ que fui submetido a procedimentos médicos relativos à \_\_\_\_\_ . Autorizo, ainda, à Unimed/NF, obter cópia do prontuário médico-hospitalar e demais documentos pertinentes ao(s) procedimento(s) realizado(s) e à especificação do CID.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Beneficiário/Responsável \_\_\_\_\_