

Termo de Ciência

Eu, _____ (nome completo),
_____ (nacionalidade), portadora do RG _____ e
inscrita no CPF/MF sob nº _____, residente e domiciliada na

_____ (cidade) / _____ (estado), declaro para os
devidos fins **estar ciente e concordar** em remunerar o(a) médico(a)
obstetra _____ (nome), inscrito(a) no
CRM nº _____ por sua disponibilidade para o acompanhamento presencial
ao trabalho de parto.

Declaro estar ciente de não ter direito a ser reembolsada pelo valor pago ao médico obstetra escolhido.

Declaro estar ciente do direito de ser assistida no trabalho de parto por médico obstetra de plantão nos hospitais conveniados à Unimed Presidente Prudente sem nenhum ônus financeiro.

Declaro, por fim, que fui informada pelo profissional que se trata de ajuste particular e ter firmado contrato de honorários médicos.

Por ser verdade, firmo a presente na presença de duas testemunhas:

_____, ____ de _____ de _____.

Local e Data

(Nome)

(Assinatura)

Testemunhas:

Nome: _____

RG: _____

Nome: _____

RG: _____