

## Recibo

\_\_\_\_\_ (nome da paciente),  
RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, declaro ter recebido do(a)  
Dr.(a) \_\_\_\_\_ (nome do médico),  
CRM/ \_\_\_\_\_, a importância de  
R\$ \_\_\_\_\_, valor este que o  
médico(a) declarou ter recebido da operadora  
\_\_\_\_\_ pelo realização do meu parto.

Esclareço que a devolução do valor acima é feita em atendimento ao Parecer 39/12 do Conselho Federal de Medicina.

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

\_\_\_\_\_  
(nome da paciente)

\_\_\_\_\_  
(assinatura da paciente)