

Modelo de Reembolso de Lio ao Paciente

Eu,....., portador da identidade nº....., CPF nº....., residente e domiciliado..... e possuidor do plano de saúde de categoria, declaro ter tomado conhecimento que o meu plano de saúde pagará o valor de R\$.....por uma lente intra-ocular. Caso eu venha optar ou se o médico eleger outra lente diferente, de custo superior ao pago pela minha operadora, declaro também ter tomado ciência e concordado que, todo custo adicional será por minha conta, e que a operadora não me reembolsará qualquer quantia adicional.

Data:..... Local:

Ass:.....