

# TERMO DE RESPONSABILIDADE

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
Nome Qualificação

\_\_\_\_\_  
Endereço

Nos termos da Legislação Vigente, especialmente a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde (ANS) nº44, que dispõe sobre a proibição da exigência de caução, depósito de qualquer natureza, Nota Promissória ou quaisquer outros títulos de crédito por parte dos Prestadores de Serviço contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das Operadoras de Planos de Saúde, DECLARO neste ato ciente do atendimento médico que está sendo prestado ao paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pelo Dr. \_\_\_\_\_, e diante da momentânea falta de documentação necessária do(a) \_\_\_\_\_ (citar o Plano de Saúde) do qual o paciente é conveniado, responsabilizo-me em, no prazo máximo de 24hs, apresentar guias, carteiras, autorizações, etc, a fim de que possa validar referido atendimento por esse Plano e/ou Seguro Saúde. Se, por qualquer razão não for apresentado o documento hábil no prazo estipulado ou o Plano de Saúde não cobrir as despesas, obrigo-me a quitá-las tão logo me for dado conhecer o seu montante e/ ou apresentada a fatura.

Local : \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_