

1 - Número da Autorização

2 - Número da Guia do Prestador

3 - Número do Cartão

4 - Nome do Beneficiário

Declaro que estive presente no prestador credenciado – Código: _____ - _____, que fui submetido a procedimentos médicos ou odontológicos relativos à _____, bem como autorizo à Geap a descontar de meus vencimentos a cota de participação a que estiver sujeito.

Autorizo, ainda, os Médicos Auditores da Operadora, a acessar o prontuário médico-hospitalar e demais documentos pertinentes ao(s) procedimento(s) realizado(s).

_____, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Beneficiário / Responsável

DECLARAÇÃO / AUTORIZAÇÃO

1 - Número da Autorização

2 - Número da Guia do Prestador

3 - Número do Cartão

4 - Nome do Beneficiário

Declaro que estive presente no prestador credenciado – Código: _____ - _____, que fui submetido a procedimentos médicos ou odontológicos relativos à _____, bem como autorizo à Geap a descontar de meus vencimentos a cota de participação a que estiver sujeito.

Autorizo, ainda, os Médicos Auditores da Operadora, a acessar o prontuário médico-hospitalar e demais documentos pertinentes ao(s) procedimento(s) realizado(s).

_____, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Beneficiário / Responsável

1 - Número da Autorização

2 - Número da Guia do Prestador

3 - Número do Cartão

4 - Nome do Beneficiário

Declaro que estive presente no prestador credenciado – Código: _____ - _____, que fui submetido a procedimentos médicos ou odontológicos relativos à _____, bem como autorizo à Geap a descontar de meus vencimentos a cota de participação a que estiver sujeito.

Autorizo, ainda, os Médicos Auditores da Operadora, a acessar o prontuário médico-hospitalar e demais documentos pertinentes ao(s) procedimento(s) realizado(s).

_____, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Beneficiário / Responsável

DECLARAÇÃO / AUTORIZAÇÃO

1 - Número da Autorização

2 - Número da Guia do Prestador

3 - Número do Cartão

4 - Nome do Beneficiário

Declaro que estive presente no prestador credenciado – Código: _____ - _____, que fui submetido a procedimentos médicos ou odontológicos relativos à _____, bem como autorizo à Geap a descontar de meus vencimentos a cota de participação a que estiver sujeito.

Autorizo, ainda, os Médicos Auditores da Operadora, a acessar o prontuário médico-hospitalar e demais documentos pertinentes ao(s) procedimento(s) realizado(s).

_____, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Beneficiário / Responsável