

TERMO DE REPASSE DE HONORÁRIOS

| | |
|----------------------------|-------------|
| DADOS PESSOAIS: | |
| Nome completo: | |
| | |
| DADA DE NASCIMENTO: | CPF: |
| | |
| ENDEREÇO: | |
| | |
| Bairro: | CEP: |
| | |
| Cidade: | UF: |
| | |

1. Eu _____, inscrito no CRM/DF sob o nº _____ autorizo o depósito dos meus honorários médicos na conta corrente de titularidade da empresa _____, banco: _____ agência: _____, conta corrente: _____, CNPJ sob o nº _____ no qual sou sócio(a).

2. Fica acordado que qualquer incorreção dos dados fornecidos para o mencionado depósito, que eventualmente impeça que o mesmo seja efetuado na data ajustada, será de minha exclusiva responsabilidade e exonerará o Hospital Brasília de qualquer prejuízo daí decorrente.

3. Estou ciente que o Hospital Brasília não será responsabilizado caso o valor dos meus honorários não seja repassado pela pessoa jurídica supracitada.

4. Fica ajustado que os honorários médicos, quando faturados pelo hospital, a pedido do prestador, serão repassados após remessa de faturamento e de acordo com os valores estabelecidos em contrato entre os convênios/seguradora e o Hospital Brasília.

5. O repasse do honorário médico cobrado em conta hospitalar direcionada às operadoras, será repassado ao médico após a efetiva remessa da conta aos convênios/seguradoras de planos de saúde.

Brasília, _____ de _____ de 2021.

Assinatura e carimbo
Médico