



DECLARAÇÃO GESTÃO DERECEBEDORES - BENEFÍCIOS

HOSPITAL

Razão Social: _____

CNPJ: _____

DECLARA ter ciência da legislação prevista no Edital de Credenciamento, como também das cláusulas contratuais firmadas entre o Instituto de Previdência dos Servidores Militares/IPSM, e o (a) contratado (a) referenciado (a) acima.

Será de minha inteira responsabilidade indicar corretamente os procedimentos que deverão ser pagos ao (à) contratado (a), ficando responsável pelo repasse dos pagamentos recebidos indevidamente referente à honorários profissionais e/ou demais procedimentos que porventura deveriam ser creditados pelo CONTRATANTE na conta corrente da (s) Cooperativa (s) ou de outro (s) agente (s) recebedor (res) indicado (s) no contrato.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO

COOPERATIVA (S)

Razão Social: _____

CNPJ: _____

Declara ter conhecimento dos procedimentos relacionados e que está de acordo com a rotina administrativa adotada, que tem o objetivo de evitar processamento (s) e pagamento(s) indevido(s), dos procedimentos que são de recebimento próprio do Hospital que presta o serviço e que, eventualmente, são direcionados para o(s) contratado(s) que administra(m) os honorários dos profissionais de seu corpo clínico, ou seja, os recebedores.

_____, ____ de _____ de 20____.

_____ (Assinatura (s))

Nome (s) do (s) Responsável (is) Legal (is)