

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA SOBRE RESPONSABILIDADE
FINANCEIRA EM CASO DE GLOSA POR PLANO DE SAÚDE**

PACIENTE: _____ **CPF:** _____

DATA DO PROCEDIMENTO: _____ **CIRURGIÃO(Ã) RESP.** _____

RESPONSÁVEL FINANCEIRO: _____ **CPF:** _____

RUA: _____ **N.º** _____ **BAIRRO:** _____ **CIDADE:** _____

Eu, RESPONSÁVEL FINANCEIRO / PACIENTE acima identificado, **DECLARO**, para os devidos fins, que fui devidamente informado(a), de forma clara e objetiva, sobre os aspectos relacionados à prestação de serviços anestésicos pelo Grupo DOMUS de Anestesiologia (CNPJ sob n.º 35.622.176/0001-60) e sobre as condições de responsabilidade financeira eventualmente a mim aplicáveis, nos termos abaixo:

- Reconheço que, **em caso de glosa total ou parcial** por parte do plano de saúde, referente a procedimentos anestésicos realizados por médicos anestesiológicos vinculados à DOMUS, **poderei ser responsabilizado(a) pelo pagamento dos valores não cobertos**, mediante a disponibilização do seguinte documento:
- ✓ Glosa (negativa de pagamento do(s) procedimento(s)) devidamente formalizada pela operadora do plano;

O Grupo DOMUS de Anestesiologia desde já, se compromete a buscar, previamente, o recebimento dos valores eventualmente glosados, junto ao plano de saúde. Somente após essa tentativa administrativa e sendo ela frustrada, é que será efetuada a cobrança ao(à) RESPONSÁVEL FINANCEIRO / PACIENTE.

- Declaro estar ciente e de acordo com a possibilidade de cobrança direta, e entendo ter sido respeitado o dever de informação, bem como a autonomia da minha decisão, tomada de forma consciente e livre de vícios de consentimento.
- Estou ciente de que posso buscar o ressarcimento ou reembolso diretamente junto à operadora de saúde, utilizando os documentos disponibilizados pelo Grupo DOMUS e conforme previsto na legislação vigente e nas cláusulas do meu contrato com o plano.
- Acuso ciência de que, na hipótese de glosa por parte do plano de saúde e minha consequente responsabilização financeira do valor não pago à DOMUS ou aos profissionais a ela vinculados, tal pagamento deverá ser, oportunamente, ajustado entre as Partes (Resp. Financeiro e DOMUS). Desde já, fica estipulado que, após 15 (quinze) dias de atraso do(s) pagamento(s) na forma eventualmente pactuada, o(a) RESPONSÁVEL FINANCEIRO será notificado acerca do débito e prazo para a sua regularização. Todavia, permanecendo a inadimplência por mais de 30 dias, a DOMUS tomará, todas as providências legalmente cabíveis, a fim de garantir o cumprimento da obrigação.

Por fim, reafirmo que esta declaração é assinada de forma voluntária, com plena compreensão dos seus efeitos jurídicos.

Data da assinatura do termo, após atenciosa leitura: Porto Alegre, ____ de _____ de 2025.

Assinatura/Nome por extenso do (a) paciente / responsável financeiro