



Declaração continuidade de tratamento com mesmo profissional

Eu, _____ declaro que meu/minha filho(a), continua o tratamento com o mesmo profissional na especialidade abaixo:

() Psicoterapia – Metodologia _____

Nome do(a) profissional: _____

() Fonoaudiologia – Metodologia _____

Nome do(a) profissional: _____

() Terapia Ocupacional – Metodologia _____

Nome do(a) profissional: _____

() Fisioterapia – Metodologia _____

Nome do(a) profissional: _____

Sendo assim por já ter apresentado a comprovação de habilitação do método/técnica do profissional assistente, na autorização anterior, fico dispensado (a) de enviar novamente o referido documento.

Declaro que conheço e concordo com as normas que regem o Saúde CAIXA regulamentadas nos Manuais Normativos da CAIXA, tomo Recursos Humanos.

Estou ciente das sanções previstas nas normas em caso de constatação de informação inverídica, omissão de informação, utilização indevida do Saúde CAIXA e uso indevido do cartão de beneficiário.

Estou ciente que o Saúde CAIXA acessará meus dados pessoais para tratamento e atendimento ao informado nesse formulário, conforme LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

Assinatura

_____, _____ de _____ de 20 _____

Local / Data

Observação: Na renovação de autorização prévia para continuidade das terapias, através da garantia de atendimento (reembolso integral), é necessário apresentar: pedido médico, orçamento e plano terapêutico.