

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE SOBRE ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

Eu _____, matrícula 600 _____, beneficiário do Plano Suplementar de Saúde da NUCLEP, declaro que **não realizei** os procedimentos abaixo listados em um prazo intervalar inferior ao definido na tabela vigente, conforme Regulamento do Plano, ambos disponíveis para consulta no site da NUCLEP <https://www.nuclep.gov.br/pt-br/nuclep-plano-de-saude>.

Procedimento	Código TUSS	Elemento dentário (arcada ou segmento)

Estou ciente de que, caso a informação não esteja correta, a empresa se reservará o direito de debitar do titular do plano 100% (cem por cento) do custo do serviço prestado, referente aos procedimentos informados acima.

Itaguaí, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Titular

