www.unimeddivinopolis.coop.br
Unimed Divinópolis Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.
Rua Itapecerica, 427 - Centro - Divinópolis/MG
CEP: 35.500-018
Tel: (37) 3229-5200

Divinópolis, _____ de _____de 20___.

Ref.: Solicitação de Acesso a demonstrativos de pagamentos e gastos com mensalidades e coparticipações de plano de saúde no Site da Unimed Divinópolis.

Eu _____,prestador de serviços da Unimed Divinópolis, inscrito sob o nº CPF/CNPJ _____, solicito liberação para o Sr (a) _____, login do site _____ inscrito no sob o nº CPF : _____, ACESSAR o site da Unimed Divinópolis com a finalidade de obter todas as informações referentes ao pagamento de produção mensal, somente com relação aos códigos de prestadores _____, _____, _____, _____, _____.

Eu _____ declaro estar ciente que é de minha inteira responsabilidade comunicar formalmente a Unimed Divinópolis caso, o acesso do colaborador não seja mais permitido. Além disso, declaro ter pleno conhecimento, que este acesso disponibilizado para o CPF/CNPJ descrito acima, permite a visualização dos relatórios de pagamento de produção de todos os meses, celebrado com a Unimed Divinópolis, bem como relatórios de mensalidades e utilizações do plano de saúde, relação de estornos, ajustes, glosas e dados em geral que possa vir a ter e necessitar.

Atenciosamente,

_____

Nome do prestador de serviço (Carimbo e Assinatura)