

TERMO DE ACEITE E CONHECIMENTO DA  
POLÍTICA DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE



Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF de nº \_\_\_\_\_, declaro que estou ciente e tenho conhecimento das normas do Sistema de Saúde e da política dos benefícios em saúde da FIBRACEM.

Declaro que recebi as informações gerais sobre as novas regras dos benefícios e tenho acesso ao Manual do Beneficiário, onde estão detalhadas todas as normas e conceitos dos benefícios disponibilizados pela FIBRACEM, bem como o modelo de saúde, a política de gestão por orçamento e as regras de utilização dos benefícios.

Fui orientado(a) que o Manual do Beneficiário também pode ser consultado, a qualquer tempo, através do portal [fibracem.viasaudegi.com.br](http://fibracem.viasaudegi.com.br), e que as novas regras passarão a vigorar em todos seus pagamentos, descontos e condições aos atendimentos realizados a partir de 01 de novembro de 2022 e a devida assinatura deste termo.

Desta forma, declaro que aceito e tenho conhecimento das novas regras dos benefícios em saúde disponibilizados pela FIBRACEM.

Curitiba, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_