



Fundação de Seguridade Social

DECLARAÇÃO / AUTORIZAÇÃO

1 - Número da Autorização

2 - Número da Guia do Prestador

3 - Número do Cartão

4 - Nome do Beneficiário

Declaro que estive presente no prestador credenciado – Código: 17081378 -
CENTRO DE FIS. ESP. FISIGOIS, que fui submetido a procedimentos
médicos ou odontológicos relativos à Fisioterapia Domiciliar, bem
como autorizo à Geap a descontar de meus vencimentos a cota de participação a que estiver sujeito.

Autorizo, ainda, os Auditores da GEAP, a acessar o prontuário e demais documentos
pertinentes ao(s) procedimento(s) realizado(s).

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Beneficiário / Responsável

USAR APENAS EM TRATAMENTO SERIADO E TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Item	Data	Assinatura
01	/ /	
02	/ /	
03	/ /	
04	/ /	
05	/ /	
06	/ /	
07	/ /	
08	/ /	
09	/ /	
10	/ /	

Observações:
