

# MODELO DE DECLARAÇÃO E ORÇAMENTO

## (para atendimento fora da rede contratada)

(Logo da Empresa)

Data

Ao Fundo de Saúde do Exército (FUSEx)

Declaro, para os devidos fins junto ao Fundo de Saúde do Exército (FUSEx), que não somos credenciados/contratados, mas aceitamos (ou não aceitamos) receber por empenho.

Segue(m) orçamento(s) do(s) procedimento(s) abaixo:

Item	Procedimento	Código (CBHPM 5a Ed)	Qtd.	Valor (R\$)
1				
2				

Atenciosamente,

(Carimbo + Assinatura)

Nome da Empresa

CNPJ

Endereço

Tel.

e-mail