**DECLARAÇÃO**

Declaro para devidos fins que eu, **(nome completo do responsável pelos gastos)**, CPF nº **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, RG nº **\_\_\_\_\_\_\_\_** órgão expedidor **\_\_\_\_\_\_\_**, fui o responsável pelo pagamento das despesas médicas hospitalares de **(nome completo do segurado)** e compra dos medicamentos, conforme podem comprovar os Documentos Auxiliares das Notas Fiscais de Consumidor Eletrônicas anexos.

Por ser verdade, dato e assino o presente documento, declarando estar ciente de que responderei criminalmente em caso de falsidade das informações aqui prestadas.

(Cidade), (data).

Assinatura do Declarante