

(Adicionar o logotipo da empresa)

**Anexo VIII**

**(MODELO)**

**DECLARAÇÃO DE FATOR MODERADOR HOSPITALAR**

Declaro que recebi o valor de R\$ \_\_\_\_\_, no total de atendimentos realizados no mês de \_\_\_\_\_, referente ao fator moderador pago no ato pelos beneficiários, conforme prevê a Lei 4.490, art.7º, e que forneci as respectivas Notas Fiscais.

Nome:

CNPJ:

Local e data: