**PROCURAÇÃO**

O (A) médico (a) qualificado (a) abaixo, na condição de membro da Associação dos Médicos do Hospital Israelita Albert Einstein – AMHIAE:

**Nome:**

**CPF:**  **CRM:**

**RG: Nacionalidade**:

**Profissão:** Médico

**Estado Civil:**

**Endereço:**

**Bairro:**

**Cidade**: **Estado**: **CEP**:

 **E, se for o caso, a pessoa jurídica qualificada abaixo:**

**Denominação Social :** **CNPJ:**

**Representante Legal:**

**Endereço:**

**Cidade:** **Estado:** **CEP:**

para os fins previstos nos artigos 653 e seguintes do Código Civil, nomeia(m) e constitui(em) como sua bastante procuradora a Associação dos Médicos do Hospital Israelita Albert Einstein – AMHIAE, associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob nº 04.280.154/0001-35, com sede na Avenida Albert Einstein, 627, Bloco D, 14º andar, CEP 05652-000, São Paulo/SP (a “Outorgada”), a quem confere(m) amplos poderes para, nos limites estabelecidos em seu Estatuto Social:

1. Cobrar e receber, em nome do(s) Outorgante(s), honorários médicos e quaisquer outros valores a ele(s) devidos em decorrência de serviços médicos prestados pelo(s) Outorgante(s). Os poderes previstos neste item serão exercidos mediante solicitação específica do(s) Outorgante(s) por meio de termo de autorização para cobrança e recebimento de honorários médicos (ou outro documento hábil que venha a ser definido pela Outorgada).
2. Representar o(s) Outorgante(s) na celebração de contratos, aditivos e distratos envolvendo pessoas jurídicas de direito privado ou público e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (ou partes relacionadas), tendo por objeto a prestação de serviços médicos, hospitalares e de saúde, no âmbito dos quais o(s) Outorgante(s) figurará(ão) como prestador(es) de serviços médicos.

O(s) Outorgante(s) desde já autoriza(m) a Outorgada a reter de qualquer valor recebido em decorrência do exercício dos poderes previstos no item 1 o correspondente a até 5% (cinco por cento) de tal valor, conforme dispõe o artigo 664 do Código Civil. Após a referida retenção, a Outorgada repassará o valor remanescente ao(s) Outorgante(s) mediante transferência bancária para a seguinte conta (conforme aplicável):

Outorgante Pessoa Física Outorgante Pessoa Jurídica

|  |  |
| --- | --- |
| NÚMERO DO BANCO: NOME DO BANCO: AGÊNCIA: CONTA CORRENTE: CPF:  | NÚMERO DO BANCO: NOME DO BANCO: AGÊNCIA: CONTA CORRENTE: CNPJ:  |

Caso esta procuração tenha um Outorgante pessoa jurídica, o Outorgante pessoa física declara, para todos os fins, que é o único ou o principal sócio do Outorgante pessoa jurídica, prestando, por meio dele, serviços médicos.

Caberá ao Outorgante pessoa física manter atualizadas junto à Outorgada todas as informações que lhe digam respeito constantes desta procuração e, se for o caso, aqueles referentes ao Outorgante pessoa jurídica, incluindo endereços e dados bancários.

O(s) Outorgante(s) reconhece(m) que a Outorgada não será responsável por quaisquer diferenças ou outras discrepâncias, inclusive em decorrência de glosas, entre os valores cobrados nos termos do item 1 acima e aqueles efetivamente recebidos.

O(s) Outorgante(s) reconhece(m) que o cumprimento das obrigações tributárias decorrentes da prestação de serviços médicos, inclusive quanto à emissão de quaisquer notas fiscais, ficará a seu cargo, isentando a Outorgada de qualquer responsabilidade por tais obrigações.

 São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Outorgante