

TERMO DE CIÊNCIA - PRAZOS DE CARÊNCIA

Declaro para os devidos fins que recebi todas as informações e aceito a carência a ser cumprida por mim, _____ a partir do início da vigência desse contrato, conforme descritas abaixo:

COBERTURAS	CARÊNCIA
Atendimento de Urgência e Emergência.....	_____
Consultas eletivas.....	_____
Exames Complementares Básicos.....	_____
• Exames Laboratoriais de Análises Clínicas	
• Exames radiológicos não-contrastados	
Exames Complementares Especiais e Exame de Alta Complexidade.....	_____
• Exames Laboratoriais de Dosagens Hormonais	
• Exames Anátomo-patológicos e Citopatológicos	
• Exames Laboratoriais de Imunologia e Radioimunoensaio	
• Exames Laboratoriais de PCR,	
• Exames Laboratoriais de Genética Clínica	
• Exames de Diagnóstico em Medicina Nuclear, Cintilografias em geral	
• Exames Radiológicos contrastados de Aparelho Digestivo e Urinário	
Para fins deste contrato, são considerados procedimentos de alta complexidade, todos aqueles definidos como tais no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento	
Internações.....	_____
Cirurgias.....	_____
Parto a termo.....	_____
Doenças e/ou Lesões Preexistentes – DLP.....	_____

Entende-se por carência – Período ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as mensalidades, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato, conforme previsto no inciso V do artigo 12 da Lei nº 9656, de 1998.

Entende-se por doenças e/ou lesões preexistentes – DLP - aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação ou adesão ao plano, conforme definição da Lei 9.656/98 e resoluções complementares;

Entende-se por CPT - é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano de saúde, conforme definição da Lei 9.656/98 e resoluções complementares.

Teresina(PI), _____ de _____ de _____

CONTRATANTE

(ou responsável caso o titular seja menor de 18 anos ou incapaz)

BENEFICIÁRIO

TESTEMUNHA