TERMO DE ACEITAÇÃO DE APLICAÇÃO DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA PARA DOENÇA E LESÃO PREEXISTENTE

Unimed João Pessoa Cooperativa de Trabalho Médico, operadora de plano privado de assistência à saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS sob o n. 32.104-4, inscrita no CNPJ sob o n. 08.680.639/0001-77, estabelecida na Rua Marechal Deodoro da Fonseca, n. 420 Torre – CEP: 58040-140 – João Pessoa – PB.

1. Dados do Beneficiário

Nome:

CPF: RG: Data de Nascimento:

Plano de Saúde Contrato:

Registro do Plano na ANS:

2. Das Declarações

2.1 Tendo em vista a constatação, por perícia ou na entrevista qualificada ou através de minha própria declaração expressa, da existência de Doença ou Lesão Preexistente – DLP, e considerando a oferta de Cobertura Parcial Temporária – CPT pela **UNIMED João Pessoa**, sirvo do presente para declarar expressamente minha aceitação à aplicação de cobertura Parcial Temporária pelo período de 24 (vinte e quatro) meses para as seguintes doenças e Lesões Preexistentes.

Doenças ou Lesões Preexistentes	Cobertura Parcial Temporária para:
	Cirurgias, Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) e Leitos de Alta Tecnologia (UTI)

2.2 **ESTOU CIENTE QUE CPT É AQUELA QUE ADMITE, POR UM PERÍODO ININTERRUPTO DE 24 (VINTE E QUATRO) MESES, A PARTIR DA CONTRATAÇÃO OU ADESÃO AO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, A SUSPENSÃO DA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (PAC), LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA (UTI) E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS RELACIONADOS EXCLUSIVAMENTE ÀS DLPS IDENTIFICADAS ACIMA.**

João Pessoa, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do Beneficiário ou Responsável Legal