DECLARAÇÃO DE DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

FM-VND-19

Eu,_____,

declaro ter conhecimento da **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CTP)** na qual, não terei direito a cobertura para procedimentos ambulatoriais de alta complexidade relacionados a doenças ou lesões declaradas abaixo por um período de 24 (vinte e quatro) meses a contar da data de adesão ao **Plano Ambulatorial Boa Saúde**.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

x ----------

Assinatura do Proponente Titular ou responsável legal pelo Titular menor

Proposta de Adesão nº _____