

**TERMO DE DECLARAÇÃO
DE PRÉ-EXISTÊNCIA**

Eu, _____, portador(a) do RG n^o _____ e do CPF n^o _____

Beneficiário(a) da UNIÃO MÉDICA PLANOS DE SAÚDE SA, declaro, sob as penas da lei, que fui devidamente orientado sobre a legislação relacionada a declaração de doenças ou lesões pré-existentes no momento da adesão ao plano da Operadora, especialmente o disposto na RN n^o 162/2007 da Agência Nacional de Saúde Suplementa (ANS), e que - () não / (X) sim - fui submetido a perícia e/ou entrevista qualificada, de forma que foram constatadas e são de meu conhecimento, ser possuidor(a) da(s) seguinte(s) condição(ões) e/ou problema(as) de saúde, disfunção(ões) e/ou doença(s), ou lesão(ões) pré-existente(s):

Declaro também que optei pela Cobertura Parcial Temporária (CPT) que me foi oferecida pela Operadora, sem qualquer ônus adicional, estando ciente de que com essa opção, ficam suspensos por 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data de assinatura da Declaração de Saúde, a cobertura de procedimentos cirúrgicos, uso de leito de alta tecnologia, procedimentos e exames de alta complexidade, listados no Rol de Procedimentos da ANS, relacionados diretamente à(s) condição(ões) e/ou problema(s) de saúde, disfunção(ões) e/ou doença(s), ou lesão(ões) pré-existente(s) especificada(s). Este documento passa a fazer parte do contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares.

Feira de Santana, _____ de _____ de _____.

Nome: _____

CPF: _____-_____-_____-_____-_____-_____