

# Declaração de ciência

Declaro que, ao preencher a presente proposta de adesão do produto Boa Saúde plano ambulatorial Esmeralda Coletivo/Empresarial da operadora UNIX SAÚDE LTDA, recebi cópia do contrato que foi integralmente lido, entendido e por mim aceito, sem restrições ao conteúdo das cláusulas abaixo descritas e demais informações, confirmando com minha assinatura ao fim da presente declaração,.

**NÃO HAVERÁ ACOMODAÇÃO, UMA VEZ QUE O PLANO É EXCLUSIVAMENTE AMBULATORIAL, NÃO HAVENDO COBERTURA PARA INTERNAÇÃO.**

---

Assinatura da contratante ou responsável legal

**A segmentação Assistencial do Plano de Saúde ora pactuada é Ambulatorial:**

O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12(doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares.

## VIII. ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

§ Parágrafo terceiro - Após 24 horas da inclusão do beneficiário no contrato, haverá cobertura para os procedimentos AMBULATORIAIS, nas situações de urgência e emergência, previstos na SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL do ROL DE PROCEDIMENTOS VIGENTE DA ANS, limitada as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

§ Parágrafo quarto - Quando necessária, para a continuidade do atendimento de emergência ou de complicações no processo gestacional, a realização de internamentos ou procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação ou realização de cirurgias hospitalares, passará a ser do beneficiário ou CONTRATANTE, não cabendo ônus à operadora.

## PLANO REFERÊNCIA

Declaro que tenho conhecimento e me foi oferecido o Plano Referência, bem com de sua tabela de preços.

PROPOSTA DE ADESÃO Nº \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura da contratante ou responsável legal e Carimbo da empresa