



ANÁLISE DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Operadora: 34.388-9
 Registro na ANS

No. da Proposta:

Produto:

Nome do Contratante:

Nome do Titular ou Dependente:

Verificamos que o(a) Sr(a) é portador(a) das seguintes condições que constituem doenças ou lesões pre-existentes:

CID	Descrição
H520	HIPERMETROPIA

Declaração de Opção por Cobertura Parcial Temporária

Declaro para os devidos fins que fui devidamente esclarecido(a) de que:

- 1) As condições acima mencionadas constituem doença ou lesão preexistente nos termos da resolução Normativa 162, de 17 de Outubro de 2007 editada pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, a mim foram oferecidas as opções de Agravo e Cobertura Parcial Temporária.
- 2) Agravo é o acréscimo no valor da contraprestação mensal paga ao plano para que eu tenha direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após o cumprimento das respectivas carências.
- 3) Cobertura Parcial Temporária (CPT) significa que, num período determinado, não terei direito aos procedimentos de alta complexidade, eventos cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada.
- 4) A opção por Agravo ou Cobertura Parcial Temporária é definitiva e, portanto, não caberá reopção posterior.

Assim informado, optei pela cobertura parcial temporária, estando ciente de que, durante o período de **24 (vinte e quatro)** meses a contar da data de vigência do contrato, não terei cobertura aos procedimentos de alta complexidade, eventos cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia descritos no Anexo I desta declaração devidamente rubricado por mim e que estão relacionados às doenças ou lesões preexistentes acima identificadas.

Estou ciente também que mesmo optando pelo CPT somente farei jus à cirurgia refrativa decorrido o período acima citado nas condições conforme diretrizes abaixo previstas na Resolução Normativa 211, de 11 de janeiro de 2010.

Cobertura obrigatória em casos de pacientes com mais de 18(dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, com:

- Hipermetropia até grau 6,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,

Data: ____/____/____

.....
 Assinatura contratante

ANÁLISE DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Anexo I

EVENTOS CIRÚRGICOS, LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA E PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE **SUSPENSOS POR 24 (vinte e quatro) MESES EM RAZÃO DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA:**

PROCEDIMENTOS

CID	Código		Descrição
	ANS	UNIMED BH	
H520	5000332	30304040	PTK CERATECTOMIA FOTOTERAPEUTICA - MONOCULAR
H520	5000334	30304091	FOTOABLACAO DE SUPERFICIE CONVENCIONAL PRK COM DIRETRIZ DE UTILZACAO ANS
H520	5000334	30304105	DELAMINACAO CORNEANA COM FOTOABLACAO ESTROMAL LASIK COM DIRETRIZ DE UTILZACAO ANS