

ANÁLISE DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE (Empresarial)

Operadora: 34.388-9

No. da Proposta:

Razão Social da Empresa Contratante:

Nome do Titular:

Nome do 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

Através do contrato de plano de saúde da UnimedBH, adquirido pela empresa acima citada, eu como funcionário(a) da mesma, 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 foi oferecida a opção Cobertura Parcial Temporária.

2) 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.

Assim informado(a), sobre cobertura parcial temporária, estou 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 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 -4,0.

Data: ____/____/____

.....
Assinatura do Titular

ANÁLISE DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE (Empresarial)

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