

## TERMO DE DECLARAÇÃO DE DOENÇA / LESÃO PREEXISTENTE

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a)

RG n.º \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF n.º \_\_\_\_\_,

(  ) Titular (  ) Representante do beneficiário \_\_\_\_\_,

venho por este instrumento **DECLARAR** sob as penas da lei o que segue:

1º. Declaro que a OPERADORA esclareceu todas as dúvidas relativas a este documento, não realizando qualquer exame e/ou perícia médica.

2º. Declaro, para os devidos fins de fato e de direito, que possuo a(s) seguinte(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3º. Em virtude de tal fato, declaro ter conhecimento da Resolução Normativa ANS n.º 162/07, que dispõe acerca da Cobertura Parcial Temporária, Doenças ou Lesões Preexistentes, e em face da mesma, **OPTO PELA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**.

4º. Mediante esta opção ficam suspensos por **24 (vinte e quatro) meses** atos de natureza cirúrgica, as internações em leitos de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade previstos no Rol de Procedimentos no site da ANS e diretamente relacionados à(às) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) acima declarada(s).

5º. Declaro ciência dos procedimentos de alta complexidade previstos no Rol de Procedimentos anexo à Resolução Normativa da ANS n.º 262/11.

6º. Este termo de declaração passa a fazer parte integrante a proposta de adesão e contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares n.º \_\_\_\_\_, produto com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob n.º \_\_\_\_\_, assinado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local, UF, Data

\_\_\_\_\_  
DECLARANTE

\_\_\_\_\_  
BENEFICIÁRIO TITULAR

\_\_\_\_\_  
OPERADORA