##### FORMULÁRIO DE COMPRA DE CARÊNCIA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do Contratante: | | | |
| Código anterior: | | | |
| Outras observações: | | | |
| PROCEDIMENTOS | Previstas em contrato | Acima de 02 Anos | Entre 01 e 02 Anos |
| Assinalar tempo de permanência | Marcar X | ( ) | ( ) |
| Emergência / Urgência  \*Nas emergências somente para procedimentos ambulatoriais até horas | 24 horas | Isento | Isento |
| Consultas Médicas | 30 dias | Isento | Isento |
| Análises clínicas, exames anatomopatológicos e cito patológicos (exceto necrópsia), Raio X simples e contrastado, eletrocardiograma, eletroencefalograma. | 30 dias | Isento | Isento |
| Fisioterapia | 90 dias | Isento | Normal |
| Parto a termo | 300 dias | Normal | Normal |
| Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia | 180 dias | Isento | Normal |
| Demais coberturas | 180 dias | Isento | Normal |
| Doenças e Lesões Pré Existentes | 24 Meses | Normal | Normal |

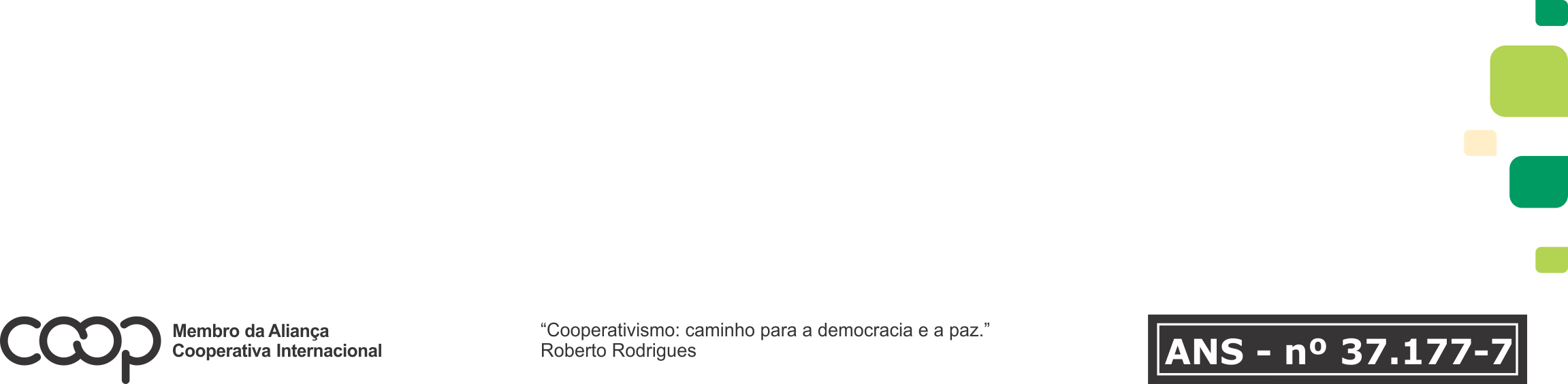
Declaro ter conhecimento que só serão aproveitadas carências conforme assinaladas pela Unimed Norte Capixaba Cooperativa de Trabalho Médico.

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

Vendedor

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

Supervisor Comercial Contratante