

DECLARAÇÃO DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Eu, _____
beneficiário do plano de saúde contratado dia ____/____/____ com a Operadora Unimed Rondônia,
declaro que, em virtude do prévio conhecimento das doenças/lesões preexistentes _____

codificadas pelo CID 10 sob os n.º _____ / _____ / _____, estou ciente de que
terei cobertura parcial temporária, por um período de 24 (vinte e quatro) meses, para os procedimentos de alta
complexidade, procedimentos cirúrgicos e leitos de alta tecnologia, listados a seguir:

- _____ ;
- _____ ;
- _____ ;
- _____ ;
- _____ ;
- _____ ;
- _____ ;

_____ , _____ / _____ / _____
Local Data

Beneficiário:	CPF:
Responsável:	CPF:
Assinatura:	

Médico Orientador:	CRM:
Assinatura / Carimbo:	