

## VÁLIDO PARA AS VIGÊNCIAS A PARTIR DE MAIO/2019

## Objetivo

O presente termo confirma a aceitação de aquisição do produto na modalidade com coparticipação, mantendo as demais características do plano.

Plano Pretendido	Nº de Registro	Acomodação	Segmentação Assistencial	Abrangência
<input type="checkbox"/> CEMERU Ouro Coparticipação	ANS 479.969.181	Quarto Coletivo	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Rio de Janeiro, Itaguaí e Seropédica

## Tabela de Coparticipação

PROCEDIMENTO	COPARTICIPAÇÃO
Consultas Eletivas e Clínicas	R\$ 15,00
Consultas Hospitalares - PS	R\$ 25,00
Exames e Procedimentos Básicos	25% LIMITADO AO VALOR DE R\$ 40,00
Exames e Procedimentos Especiais	25% LIMITADO AO VALOR DE R\$ 70,00
Psicoterapia	R\$ 20,00
Fonoaudiologia	R\$ 20,00
Nutrição	R\$ 20,00
Fisioterapia	R\$ 10,00

Fica o beneficiário ciente de que a cobrança será realizada no boleto mensal, assumindo a responsabilidade pelo pagamento das mesmas.

Fica ciente também que as cobranças podem ser realizadas no período de até 5 anos de sua utilização realizada, mesmo que já tenha solicitado o cancelamento do referido contrato.

## Beneficiário

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome legível, assinatura e CPF

## Intermediário entre a operadora e o beneficiário

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome legível, assinatura e CPF