

**DECLARAÇÃO**

**Contrato Coletivo**

Declaro para os devidos fins que por ocasião da assinatura do presente Contrato de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares oferecido pela UNIMED CÁCERES, através da **Sintemat** fui orientado (a) pelo Departamento Comercial e concordo com todas as cláusulas contratuais, em especial às que dizem respeito às carências contratuais, conforme descritas a seguir: 24 horas para atendimento de Urgência/Emergência (somente ambulatorial); 24 horas para acidentes pessoais; **30 dias carências para consulta, exames de rotina, raios-X simples e, 60 dias de carências para exames especializados Ultrassonografia, Eletrocardiograma, Teste Ergométrico e outros; 180 carências para ressonância magnética, tomografia computadorizada, procedimentos ambulatoriais, quimioterapia, radioterapia, Fisioterapia, Nutricionista, Acupuntura, Psicólogos, Fonoaudiólogo, internações: clínicas e UTI/CTI, entre outras; cumprir carência de 300 dias para parto e 730 dias Cobertura Parcial Temporária, 730 dias, nos casos de doenças ou lesões preexistentes (Resolução 02 e 04 do Consu de 04/11/1998).**

Declaro ainda ciência de que a abrangência do meu Plano é **Nacional** que a modalidade de pagamento é Pré-pagamento e que haverá reajuste nas mensalidades anualmente, conforme índice estabelecido pelas partes contratantes e a cada mudança de faixa etária.

Por ser verdade, firmo a presente Declaração em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Cáceres/MT, 01 de Março de 2018.