CAPESESP

Protocolo Nº

TERMO DE CIÊNCIA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO CAPESAUDE PERFIL PIAUÍ

Declaro, após ter recebido, lido e compreendido o **Regulamento do Plano denominado CAPESAÚDE PERFIL Piauí (Reg. ANS: 483.106/19-3)**, o **Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS)** e o **Guia de Leitura Contratual (GLC)**, que estou ciente dos meus direitos e obrigações em decorrência da adesão ao referido plano, em especial quanto à área de abrangência e atuação do plano, que será **exclusiva nos municípios de Floriano, Parnaíba, Picos e Teresina, do Estado do Piauí.**

Estou ciente de que, em razão da área de abrangência e atuação do plano, eventual atendimento de saúde no município onde resido não será custeado pela CAPESESP, seja em caráter eletivo ou em casos de urgência ou emergência.

Declaro, por fim, ter conhecimento de que não haverá garantia de transporte ou reembolso de despesas com locomoção em decorrência de deslocamento para os municípios abrangidos pelo plano, quando necessário atendimento de saúde.

_____, _____ de _____ de _____.
Localidade Data

Nome do Declarante: _____

_____
ASSINATURA DO DECLARANTE