



TERMO DE CIÊNCIA

Declaro que fui orientado no ato de minha admissão na Patrocinadora _____ que eu e meu grupo familiar temos o direito a inscrição no plano de saúde administrado pela Fundação Copel, ora denominado **PROSAÚDE IV**, sendo este um direito assegurado a todos os empregados da Patrocinadora em decorrência de seu vínculo empregatício, conforme previsto no regulamento disponível no endereço eletrônico: www.fundacaocopel.org.br

Atesto ainda, ter ciência de que em caso de opção formal, de acordo com as normativas regulamentares, por ingresso no **PROSAÚDE IV**, ocorrer em até 30 (trinta) dias da admissão na Patrocinadora e com aceite da Fundação Copel, terei eu e meu grupo familiar à isenção de todas as carências para utilização do benefício de saúde.

Caso a minha adesão ou de meus dependentes no plano de saúde **PROSAÚDE IV** ocorra após os 30 (trinta) dias a contar da minha admissão na Patrocinadora, terei que cumprir as carências estabelecidas em regulamento **CAPÍTULO IX – CARÊNCIAS**, Art. 61, transcrito abaixo:

| PRAZO | PROCEDIMENTO |
|----------------------------|---|
| 24 (vinte e quatro) horas | • Atendimentos de urgência e emergência |
| 30 (trinta) dias | • Consultas médicas e com nutricionistas; • Exames; • Atendimentos ambulatoriais; • Fisioterapia; • Terapia ocupacional; • Tratamento fonoaudiológico. |
| 90 (noventa) dias | • Internações clínicas, cirúrgicas ou psiquiátricas; • Assistência domiciliar; • Tratamentos referentes à saúde mental. |
| 180 (cento e oitenta) dias | • Quimioterapia e radioterapia; • Sessões de psicologia; • Tratamentos odontológicos clínicos e cirúrgicos. |
| 300 (trezentos) dias | • Partos a termo; • Serviços odontológicos referentes a próteses e implantes. |

| | |
|-----------|------------------|
| Nome: | CPF: |
| Registro: | Data da Ciência: |

Assinatura: _____