

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, abaixo assinado, titular do plano de saúde (*produto/plano*): _____), autorizo, de forma expressa e irrevogável, que seja realizado a cobrança dos valores de coparticipação, referente aos serviços e procedimentos realizados por mim e/ou meus dependentes, conforme limites contratuais, estabelecidos na tabela abaixo:

COPARTICIPAÇÃO			
EVENTOS	PERCENTUAL	LIMITE POR EVENTO	
		DIRETO NACIONAL - Apartamento/Enfermaria	ESPECIAL 100 R1
Consultas Médicas	30%	30,00	75,00
Atendimento em Pronto Socorro	30%	90,00	140,00
Exames Complementares A	30%	50,00	70,00
Exames Complementares B	30%	120,00	170,00
Procedimentos Ambulatoriais	30%	150,00	200,00
Terapias	30%	50,00	70,00
Internação Hospitalar (não psiquiátrica)	30%	270,00	500,00
A coparticipação será cobrada por internação independentemente da quantidade de dias internado.			
PREÇOS EM REAIS (R\$)			

CONDIÇÕES

- **Valor de Coparticipação:** O valor de coparticipação é calculado com base nos serviços utilizados e nos valores pagos pela Operadora ao respectivo Prestador de Serviços, até os limites da tabela acima;
- **Período de Vigência:** Esta autorização é válida a partir da data de assinatura deste termo e permanecerá em vigor enquanto estiver vinculado(a) ao plano de saúde;
- **Cancelamento:** O cancelamento do plano de saúde, por qualquer motivo, não exime o titular da responsabilidade por eventuais valores de coparticipação devidos e ainda não pagos;
- **Detalhamento das Coparticipações:** A informação detalhada dos procedimentos que compõem os valores de coparticipação cobrados mensalmente deverá ser obtida pelo titular através de aplicativo e/ou canal de acesso à Sul América, em decorrência do sigilo dessa informações, conforme Lei Geral de Proteção de Dados – LGDP.

Declaro, ainda, estar ciente e de acordo com os valores de coparticipação aplicáveis, bem como das condições gerais do plano de saúde contratado.

Local e Data: _____

Assinatura