

**ANEXO XIII – Termo de Ciência – Paciente não beneficiário de plano de saúde****TERMO DE CIÊNCIA****PACIENTE NÃO BENEFICIÁRIO DE PLANO DE SAÚDE**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, sob CEP: \_\_\_\_\_, declaro **não possuir plano de saúde, estando ciente das implicações legais de tal afirmação, sob as penas da lei.**

Declaro ainda, que autorizo à Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas a utilizar minhas informações pessoais para o cruzamento de informações em banco de dados da agência reguladora de saúde, cujo cadastro de usuário é abastecido pelos planos de saúde, onde, sua operadora será notificada pela ANS sobre os recursos que devem ser ressarcidos.

Tudo isso de acordo com o artigo 32 da lei nº 9.656/1998 e regulamentado pelas normas da ANS, onde o reembolso ao SUS é obrigação legal das operadoras de planos de saúde privados, devendo estas restituir as despesas ao Sistema único de Saúde em eventuais atendimentos de seus beneficiários que estejam cobertos pelos planos.

Orientamos aos usuários que sempre procurem a Rede Credenciada de atendimento e caso tenham alguma dificuldade para realizar procedimentos, entre em contato com sua operadora de plano de saúde para maiores informações.

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Declarante**

CPF/MF nº \_\_\_\_\_

