



**MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO**  
**PROGRAMA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL – PLAN-ASSISTE**

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA**

Declaro, para fins de prova junto ao PLAN-ASSISTE, estar ciente de que o atendimento em hospital que pratica tabela própria, denominado hospital de alto custo, implicará no lançamento em meu saldo devedor junto ao Programa de Saúde do valor referente à coparticipação nos custos dos serviços e das assistências médicas utilizadas, nos percentuais indicados no item “1” a seguir, conforme previsto no artigo 25, § 2º do Regulamento Geral e artigo 4º, § 7º da Norma Complementar nº 09.

**1. Percentuais de Coparticipação**

SERVIÇOS	BENEFICIÁRIO	TITULAR	PLAN-ASSISTE
CONSULTAS, EXAMES E INTERNAÇÕES	TITULAR E DEPENDENTES	40,00%	60,00%
	BENEFICIÁRIOS ESPECIAIS	40,00%	60,00%
	DEPENDENTES PAIS OU ASSEMELHADOS	70,00%	30,00%

**2. Informações do Beneficiário**

Nome do titular:		Matrícula:
Nome do paciente :		
<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Dependente	Grau de Parentesco
LOCAL E DATA		ASSINATURA DO TITULAR

**3. Autorização do Plan-Assiste**

Autorizado o atendimento solicitado	
LOCAL E DATA	ASSINATURA E CARIMBO