**CARTA CONTESTANDO LIMITE TEMPORAL PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

 De: **CONTRATANTE**  
        Para: **CONTRATADO**  
         
        **NESTA   
        REF.: CONTESTAÇÃO DE LIMITE TEMPORAL PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR**  
         
         
        Prezado Senhor **CONTRATADO**:   
         
        No dia (xxx) foi assinado contrato de assistência médica entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADO**, onde foi acertado que este último forneceria o seguinte plano de saúde (xxx) (Descrever o tipo ou a modalidade de plano de saúde acertado entre as partes).   
         
        Em virtude de problemas de saúde que já me incomodam há um tempo, eu, o **CONTRATANTE**, fui internado no hospital (xxx) no dia (xxx), sob as espensas do plano de saúde, uma vez que o contrato inclui esse serviço.  
         
        No entanto, no dia (xxx) fui informado que a partir desse dia, o plano de saúde não cobriria mais a internação hospitalar, passando as despesas a ficarem sob minha responsabilidade, o que se configura um absurdo, pois não encontra base legal, uma vez que, pelas leis nºs 8.078/90 e 9.656/98, não há limite de tempo para internações hospitalares.  
         
        Em razão disso, venho por meio desta solicitar o reconhecimento pelo Sr. **CONTRATADO** da não existência de limite para a internação hospitalar. Caso este pedido não seja atendido, o Sr. **CONTRATANTE** buscará as medidas judiciais necessárias para resguardar seu direito.  
         
        Sem mais  
         
        Assino a presente  
         
        (Local, data e ano)  
         
         
        (Nome e assinatura do Contratante)