



Proposta de Adesão

nº

Contrato de Plano de Saúde
Coletivo por Adesão.

Matrícula:

Início da Vigência:

1- IDENTIFICAÇÃO ENTIDADE/SUBESTIPULANTE

CNPJ:

Nome:

2- PROPONENTE TITULAR

Nome Completo:

Data de Nascimento	Sexo	E C	CPF	PIS/PASEP	Cartão Nacional de Saúde
--------------------	------	-----	-----	-----------	--------------------------

Nome Completo da Mãe:

RG	Orgão Emissor / País:	RIC	Título de Eleitor
----	-----------------------	-----	-------------------

CEP	Rua / Av.
-----	-----------

Nº	Bairro	Cidade	UF
----	--------	--------	----

Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone Comercial	Operadora Anterior
----------------------	------------------	--------------------	--------------------

E-mail

3- DEPENDENTE(S)

Nome Completo:

1-	Data de Nascimento	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo	Cartão Nacional de Saúde
----	--------------------	------	-----	----------------------------------	--------------------------

E C	G P	Nome Completo da Mãe
-----	-----	----------------------

RG	RIC	Título de Eleitor
----	-----	-------------------

Nome Completo:

2-	Data de Nascimento	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo	Cartão Nacional de Saúde
----	--------------------	------	-----	----------------------------------	--------------------------

E C	G P	Nome Completo da Mãe
-----	-----	----------------------

RG	RIC	Título de Eleitor
----	-----	-------------------

Nome Completo:

3-	Data de Nascimento	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo	Cartão Nacional de Saúde
----	--------------------	------	-----	----------------------------------	--------------------------

E C	G P	Nome Completo da Mãe
-----	-----	----------------------

RG	RIC	Título de Eleitor
----	-----	-------------------

Nome Completo:

4-	Data de Nascimento	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo	Cartão Nacional de Saúde
----	--------------------	------	-----	----------------------------------	--------------------------

E C	G P	Nome Completo da Mãe
-----	-----	----------------------

RG	RIC	Título de Eleitor
----	-----	-------------------

Legenda: E C: Estado Civil: 1-Solteiro(a) 2-Casado(a) 3-Viúvo(a) 4-Separado(a) 5-Outros | G P: Grau Parentesco: 1-Cônjuge 2-Filho(a) 3-Enteado(a) 4-Companheiro(a)

Conforme Lei 9656/98 e RN 279/11, declaro que recebi as tabelas de preços com os valores pactuados com a contratante e os valores por faixa etária para o exercício do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98. O representante da empresa abaixo assinado, responsabiliza-se por fornecer as tabelas de preços com os valores por faixa etária.

4- IDENTIFICAÇÃO DO VENDEDOR(A)

Nome do(a) Vendedor(a) _____

CPF _____

Data ____ / ____ / _____

Assinatura do(a) Vendedor(a)

Conforme artigo 25 da RN 195/09, declaro que recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e o Guia de Leitura Contratual. Em caso de contratos coletivos, o representante da empresa abaixo assinado, responsabiliza-se por fornecer os referidos documentos ao beneficiário titular.

Local e data

Assinatura do(a) proponente titular



Proposta de Adesão

nº

Contrato de Plano de Saúde
Coletivo por Adesão.

5- PLANO CONTRATADO

PLANO	NR. REGISTRO	ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	ACOMODAÇÃO	SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL
<input type="checkbox"/> UNIFLEX NACIONAL - SEM CO-PARTICIPAÇÃO	435409015	NACIONAL	ENFERMARIA	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX NACIONAL - CO-PARTICIPAÇÃO 20%	435410019	NACIONAL	ENFERMARIA	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX NACIONAL - CO-PARTICIPAÇÃO 50%	435411017	NACIONAL	ENFERMARIA	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX NACIONAL - SEM CO-PARTICIPAÇÃO	435412015	NACIONAL	APARTAMENTO	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX NACIONAL - CO-PARTICIPAÇÃO 20%	435413013	NACIONAL	APARTAMENTO	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX NACIONAL - CO-PARTICIPAÇÃO 50%	435414011	NACIONAL	APARTAMENTO	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX ESTADUAL - SEM CO-PARTICIPAÇÃO	435394013	ESTADUAL	ENFERMARIA	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX ESTADUAL - CO-PARTICIPAÇÃO 20%	435395011	ESTADUAL	ENFERMARIA	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX ESTADUAL - CO-PARTICIPAÇÃO 50%	435396010	ESTADUAL	ENFERMARIA	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX ESTADUAL - SEM CO-PARTICIPAÇÃO	435397018	ESTADUAL	APARTAMENTO	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX ESTADUAL - CO-PARTICIPAÇÃO 20%	435398016	ESTADUAL	APARTAMENTO	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX ESTADUAL - CO-PARTICIPAÇÃO 50%	435399014	ESTADUAL	APARTAMENTO	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX ESTADUAL - SEM CO-PARTICIPAÇÃO	435391019	ESTADUAL	-	(Ambulatorial).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX ESTADUAL - CO-PARTICIPAÇÃO 20%	435392017	ESTADUAL	-	(Ambulatorial).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX ESTADUAL - CO-PARTICIPAÇÃO 50%	435393015	ESTADUAL	-	(Ambulatorial).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX REGIONAL - CO-PARTICIPAÇÃO 50%	450633042	REGIONAL	ENFERMARIA	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX REGIONAL - CO-PARTICIPAÇÃO 20%	436709010	REGIONAL	ENFERMARIA	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX REGIONAL - CO-PARTICIPAÇÃO 20%	450631046	REGIONAL	-	(Ambulatorial).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX REGIONAL - CO-PARTICIPAÇÃO 30%	450632044	REGIONAL	ENFERMARIA	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).

Verifique a disponibilidade do plano de saúde pretendido, conforme definido com a entidade indicada na página 1. Todos os dependentes serão incluídos na mesma categoria de plano do proponente titular.

Antes de optar pelo plano descrito nesta proposta, fui esclarecido sobre as condições do Plano de Referência e que está disponível para aquisição.

6- VALORES

	Idade	Valor em R\$		Idade	Valor em R\$		Idade	Valor em R\$
Titular			Dep. 1			Dep. 2		
Dep. 3			Dep. 4					
Valor total em R\$			ATENÇÃO: O valor indicado ao lado sofrerá alteração caso haja reajuste anual do contrato coletivo de plano de saúde ou mudança de faixa etária entre a data de assinatura desta Proposta e a sua 1ª (primeira) cobrança, observado o disposto no item 9 da página 4 desta Proposta.					

7- FORMA DE PAGAMENTO

Boleto Bancário Débito Automático Vencimento todo dia _____ de cada mês.

Nº do Banco Banco N° da agência DV N° da conta corrente DV

Autorizo a Administradora de Benefícios a proceder o débito automático mensal em minha conta corrente bancária indicada acima.

8- CUSTO DE IMPLANTAÇÃO

Valor Custo de Implantação: R\$

O custo de implantação quando devido, é obrigatório e equivalente a 100%(cem por cento) do valor total da primeira mensalidade acrescido da taxa de cadastramento e deve ser quitado no ato da presente adesão. **ATENÇÃO:** Embora corresponda ao valor total da primeira parcela, o custo de implantação não exclui, substitui ou isenta o pagamento da primeira mensalidade, na data de início da vigência do benefício.

Declaro que as informações prestadas neste formulário são absolutamente verdadeiras e completas, me responsabilizando, assim, civil e criminalmente, por mim e meus dependentes. Se estiver omitindo circunstâncias que possam incluir na aceitação da proposta ou no valor da mensalidade, perderei todo e qualquer direito inerente ao presente contrato coletivo por adesão ao qual tenha aderido; e autorizo desde já, a ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS e/ou a OPERADORA contratada a solicitar, a qualquer tempo, documentos comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas, ou outros documentos que sejam necessários para atender a legislação vigente, bem como a acessar as informações sobre a utilização do meu plano de saúde, observadas as normas regulatórias em vigor.

Local e data

Assinatura do proponente titular



Proposta de Adesão

nº

Contrato de Plano de Saúde
Coletivo por Adesão.



Pelo presente, declaro expressamente que, após ter recebido, lido e compreendido o «Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde»(MPS), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), CONCORDO E ESTOU CIENTE QUE:

1. Este instrumento é uma proposta de adesão (“Proposta”) a um contrato coletivo por adesão de plano de assistência a saúde (“Benefício”), celebrado entre a IBBCA 2008 GESTÃO EM SAÚDE LTDA. (“ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS”) e a Operadora UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO (“OPERADORA”) e destinado à população que mantenha vínculo com a “ENTIDADE DE CLASSE”, que é a Pessoa Jurídica indicada na página 1 desta proposta.

2. A aceitação da proposta depende da comprovação de vínculo com a Entidade, sendo que os documentos comprobatórios desse vínculo serão entregues ao vendedor, no ato da assinatura desta, **obrigatoriamente autenticados**, para que a idoneidade deles seja conferida em até 30 (trinta) dias pela ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS após a assinatura desta proposta, podendo esta ser recusada em razão da falta de elegibilidade.

3. Também poderão ser inscritos os dependentes do beneficiário titular abaixo indicados:

- (a) - o Cônjuge;
- (b) - os filhos(as) solteiros(as) até 30 anos incompletos;
- (c) - os enteados(as) solteiros(as) até 30 anos incompletos;
- (d) - a criança ou adolescente solteiro, até 30 anos incompletos, sob guarda ou tutela do beneficiário titular por força de decisão judicial;
- (e) - a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- (f) - os filhos incapazes;
- (g) - os netos;
- (h) - os pais, desde que dependentes economicamente, assim considerados nos termos da legislação vigente do Imposto de Renda do Titular.

3.1. - O ingresso dos dependentes dependerá da inscrição do beneficiário titular do plano.

3.2. - É assegurada a inscrição de recém nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou dependente inscrito no plano, isento do cumprimento dos períodos de carências e alegação de doença ou lesão preexistente, desde que:

- a) a mãe ou o pai do recém nascido já tenham cumprido a carência de 180 dias;
- b) a inscrição seja feita em até 30 dias após o nascimento ou adoção;
- c) seja apresentada a certidão de nascimento ou termo de guarda para fins de adoção;
- d) seja obedecido o grau de dependência estabelecido neste item; e
- e) seja paga a inscrição e a mensalidade do recém nascido no vencimento.

3.3. - Também é assegurada a inscrição de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, nas mesmas condições de cobertura do adotante, inclusive com o aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos, exceto para doenças preexistentes, desde que:

- a) a inscrição seja efetuada no prazo de até 30 dias após a adoção;
- b) seja apresentado o termo de formalização da adoção ou do termo de guarda para fins de adoção; e

Assinatura do proponente titular



Proposta de Adesão

nº

Contrato de Plano de Saúde
Coletivo por Adesão.



c) seja paga a inscrição e a mensalidade do filho adotivo no vencimento.

4. O plano de saúde terá início de vigência na data indicada no campo "Início da vigência".

4.1 - Importante frisar que, a proposta irá para análise e poderá ser aceita ou não, no prazo de até 30 (trinta) dias a contar de sua assinatura, tendo em vista que só serão Beneficiários dos Contratos Coletivos por Adesão os elegíveis, segundo determinação da ANS e desde que previstos no instrumento contratual da OPERADORA.

5. Neste ato, outorgo à ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS amplos poderes para representar a mim e aos meus dependentes perante à OPERADORA e a outros órgãos, em especial a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, no cumprimento e/ou nas alterações de todas as cláusulas e condições gerais, bem como reajustes de preço do presente benefício.

6. O contrato coletivo por adesão firmado entre a IBBCA 2008 GESTÃO EM SAÚDE LTDA. e a Operadora UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS, vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, podendo ser renovado, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, de qualquer das partes, seja pela ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS ou pela OPERADORA. Em caso de rescisão desse contrato coletivo, a Administradora de Benefícios - IBBCA comunicará o fato à ENTIDADE DE CLASSE pertencente ao Associado com antecedência mínima de 30 (trinta) dias quando a rescisão for motivada e 60 (sessenta) dias quando a rescisão for imotivada.

7. Os Beneficiários receberão a carteirinha do seu plano de saúde no prazo de até 30 (trinta) dias a contar da data de vigência.

7.1. O NÃO RECEBIMENTO DA CARTEIRINHA NÃO IMPEDE A UTILIZAÇÃO DO PLANO NA REDE PRÓPRIA DA OPERADORA, EIS QUE O MESMO PODERÁ SER UTILIZADO ATRAVÉS DO CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO ACOMPANHADO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE. O CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO PODERÁ SER OBTIDO JUNTO AO IBBCA A PARTIR DA DATA DE VIGÊNCIA.

7.2. O extravio da 1ª (primeira) via da carteirinha deverá ser comunicado à ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS e requerida 2ª (segunda) via, através do Auto Atendimento IBBCA (site: www.ibbca.com.br) ou Atendimento Telefônico: **21 33613-2429 (Rio de Janeiro) e 0800 666 5004 (Demais Localidades)**. Após a solicitação, a nova carteirinha será enviada em até 30 (trinta) dias.

8. As datas de vencimento dos pagamentos serão sempre entre os dias 5 (cinco) e 10 (dez) de cada mês, conforme a opção de pagamento escolhida e autorizada na página 2 desta proposta.

8.1 - A falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) e acréscimo de juros de 1% (um por cento) ambos ao mês e cumulativamente sobre o valor total da mensalidade do benefício.

8.2 - Em caso de inadimplência, no prazo superior a 60 (sessenta) dias corridos ou não, a contar do 1º (primeiro) mês de atraso, observando o período de 12 (doze) meses, acarretará o cancelamento do grupo familiar com a consequente exclusão do Titular e seus dependentes.

8.3 - Ressalta-se que o referido cancelamento não o exime do pagamento dos débitos das mensalidades não quitadas, inclusive quanto ao registro no cadastro de proteção ao crédito - SPC e SERASA.

8.4 - Ocorrendo a exclusão do Beneficiário por inadimplência, uma nova adesão ao contrato dependerá da quitação dos débitos anteriores que provocaram o cancelamento, bem como a obrigatoriedade do cumprimento de todas as carências contratuais independente do período anterior do Beneficiário no contrato estipulado pela ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS (por se tratar de nova adesão).

9. O valor mensal do plano de saúde poderá sofrer reajustes legais e contratuais, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações: (I) anual, no aniversário do contrato entre a ENTIDADE DE CLASSE e a ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, por aplicação do índice de sinistralidade; (II) por mudança de faixa etária; (III) em outras hipóteses, desde que em conformidade com as normas da ANS e legislação em vigor.

Assinatura do proponente titular



Proposta de Adesão

nº

Contrato de Plano de Saúde
Coletivo por Adesão.

Unimed 
Grande Florianópolis

10. O Beneficiário ficará obrigado a comunicar expressamente à ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS toda e qualquer alteração cadastral, sobretudo a eventual perda de elegibilidade e o cancelamento da adesão ao plano de saúde, respeitando o prazo máximo de **até o dia 10 (dez) de cada mês**, sob pena de manter a cobrança e a vigência do plano até o último dia do mês subsequente.

10.1 - O cancelamento poderá ser feito, pessoalmente, através de carta entregue ao Setor de Atendimento ao Cliente juntamente com a carteirinha de identificação do Plano de Saúde e cópia do documento de identidade do Titular ou através de carta registrada ou SEDEX, também acompanhado da carteirinha de identificação do Plano de Saúde e cópia do documento de identidade do Titular, no endereço da ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS que se encontra no site **www.ibbca.com.br**.

11. No caso de cancelamento do plano de saúde, o Beneficiário devolverá imediatamente à ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS as carteirinhas de identificação do(s) beneficiário(s) (titulares e dependentes), assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida do benefício, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o seu conhecimento.

12. O Beneficiário deverá encaminhar prontamente à ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS e/ou à OPERADORA, quando qualquer uma delas solicitar, documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas ou outros documentos que sejam necessários para atender a legislação vigente.

13. O Beneficiário poderá desistir desta proposta, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito nos termos anteriores à ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de assinatura deste instrumento.

14. O Beneficiário receberá mensalmente em sua residência, ATRAVÉS DO CORREIO, um boleto bancário ou um carnê para pagamento das mensalidades. Caso ocorra qualquer extravio do boleto bancário por parte do correio, disponibilizamos os seguintes serviços para obtenção da 2ª (segunda) via, cuja solicitação deverá ser sempre 5 (cinco) dias antes do vencimento para que não haja ônus:

14.1 - 2ª (segunda) via emitida no site da ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS através do endereço: **www.ibbca.com.br**, no link **“AUTOATENDIMENTO”**.

14.2 - Entrar em contato com o setor de emissão de boleto da ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS através dos telefones: **21 3613-2429 (Rio de Janeiro), 0800 666 5004 (Demais Localidades)**.

15. Qualquer solicitação de autorização de procedimentos médicos deverá ser encaminhada diretamente à OPERADORA, eis que a ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS não possui competência para apreciar o pedido médico e tão pouco gerar a referida senha de autorização.

DAS CARÊNCIAS

16. Observadas as disposições, a abrangência geográfica e as coberturas dos planos contratados, aos Beneficiários fica assegurado o direito à assistência médica, hospitalar e obstétrica, de diagnóstico e terapia, necessária ao tratamento das doenças constantes do CID - Versão 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), **observados o Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e as carências estabelecidas e elencadas no contrato entre ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS e a OPERADORA**.

17. As coberturas excluídas são aquelas que não se incluem no «Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde» da ANS, bem como as despesas não cobertas citadas na Lei nº 9.656/98 e nas normas regulamentares da ANS na data do evento.

Assinatura do proponente titular



Proposta de Adesão

nº

Contrato de Plano de Saúde
Coletivo por Adesão.

Unimed 
Grande Florianópolis

18. A assistência prevista neste instrumento será prestada aos Beneficiários regularmente inscritos, observadas as condições deste instrumento e as coberturas do produto contratado. Os beneficiários devem cumprir os períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da data da vigência do beneficiário no plano:

- Urgência e Emergência - 24 horas
- Consultas médicas - 30 dias
- Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (excetonecropsia), raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia - 30 dias
- Fisioterapias - 90 dias
- Parto a Termo - 300 dias
- Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia - 180 dias
- Todas as demais coberturas - 180 dias

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Os beneficiários titulares e dependentes devem preencher e assinar o formulário de Declaração de Saúde, onde devem registrar sua atual condição de saúde e eventuais doenças ou lesões preexistentes, de que saibam ser portadores ou sofredores no ato da adesão ao plano de saúde.

Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecida somente a Cobertura Parcial Temporária – o consumidor não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses. Não será oferecida a opção de agravo.

Cobertura Parcial Temporária (CPT): Consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, consoante especificações do “Anexo de Exclusões por Preexistência”, contados a partir da contratação ou da adesão ao plano. Findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada, prevista na Lei nº 9.656, de 1998 e resoluções.

Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para a aceitação desta proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão ao plano de saúde, bem como a do(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) na página 1 (um) desta proposta.

Declaro receber, neste ato, o “Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde” e cópia da presente “Proposta”. Estou ciente de que as carteirinhas de identificação do(s) Beneficiário(s), o guia médico com a rede de atendimento, bem como o “Guia de Leitura Contratual”, que reproduz condições contratuais do contrato coletivo, traz os esclarecimentos sobre os aspectos relativos à utilização e manutenção do benefício e os direitos e obrigações dos Beneficiários, serão enviados a mim tão logo eu e meu(s) dependente(s) tenhamos sido aceitos e nossos registros estejam regularizados na OPERADORA.

Local e data

Assinatura do proponente titular

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO Nº

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - **NÃO** é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário**. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário**.

Beneficiário

_____, ____/____/____.
local data

Nome legível: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

Intermediário entre operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____.
local data

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. Nome da Empresa Contratante

2. Nome do Beneficiário Titular

3. CPF do Titular

4. Data de Nasc. do Titular

DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)

1. Nome do 1º Dependente

Data Nasc.:

Grau de Parentesco:

2. Nome do 2º Dependente

Data Nasc.:

Grau de Parentesco:

3. Nome do 3º Dependente

Data Nasc.:

Grau de Parentesco:

4. Nome do 4º Dependente

Data Nasc.:

Grau de Parentesco:

Instrução Gerais:

1. A presente Declaração de Saúde, deverá ser preenchida, datada e assinada pelo beneficiário titular ou dependente, ou seu representante legal, no caso de beneficiário menor de 18 anos ou incapaz devidamente comprovado.
2. No preenchimento dessa declaração, o consumidor tem o direito de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou de optar por um profissional de sua livre escolha assumindo ônus financeiro desta opção.
3. A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor saiba ser portador ou sofredor e das quais tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
4. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, o cliente ficará em Cobertura Parcial Temporária (CPT) - Aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
5. Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas junto à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. É vedada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato por omissão de doença ou lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.
6. A comprovação diante da ANS de omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente que o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, acarretará a rescisão do contrato ou exclusão do usuário que foi parte do processo de omissão e a responsabilidade pelo pagamento integral das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, relacionadas com a doença ou lesão preexistente que seriam objeto de Cobertura Parcial Temporária, sem prejuízo de eventuais sanções civis e penais.
7. Não haverá análise de doença ou lesão preexistente nos seguintes casos:
 - Contratos coletivos empresariais com 30 ou mais beneficiários, desde que a vinculação ocorra:
 1. Em até 30 dias da celebração do contrato; ou
 2. Em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.
 - Na migração de contratos desta Operadora, anteriores a Lei 9656/98 e em vigência há cinco anos ou mais.
8. **Todas as páginas deverão se rubricadas.**

1 - INFORME	TITULAR	1º DEPENDENTE	2º DEPENDENTE	3º DEPENDENTE	4º DEPENDENTE
IDADE					
PESO (KG)					
ALTURA (M)					
IMC					

ITENS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

PREENCHER COM
"S" = SIM ou "N" = NÃO
Dependentes

	TITULAR	Dependentes			
		1º	2º	3º	4º
2	Está fazendo algum tratamento médico?				
3	Sofre de alguma doença ocupacional? (ler, dort, lombalgia, hérnia, artrose, pneumoconiose, outras)?				
4	Está aposentado por motivo de doença?				
5	Está afastado do trabalho ou serviço por motivo de doença?				
6	Sofre de alguma seqüela decorrente de Acidente de Trabalho?				
7	Sofre de alguma seqüela decorrente de cirurgia?				
8	Sofre de alguma doença congênita (síndrome de Down, má formações, outras)?				
9	Sofre de alguma doença respiratória (asma, bronquite, enfisema, desvio de septo, adenóide, sinusite, rinite, outras)?				
10	Sofre de alguma doença cardiovascular (hipertensão arterial, doença coronariana, varizes, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, outras)?				
11	Sofre de alguma doença osteomuscular e tecido conjuntivo (hérnia disco, osteoporose, lesão de menisco e ou ligamentos, bursite, artrites, artroses, gota, lupus, tensinovites, escoliose, lordose, outras)?				
12	Sofre de alguma doença da audição (surdez, otites, labirintite, outros)?				
13	Sofre de alguma doença da visão (catarata, miopia, estrabismo, glaucoma, hipermetropia, astigmatismo, ceratocone, retinopatia, cegueira, outras)? (Em caso de miopia, hipermetropia e astigmatismo informar o grau)				
14	Sofre de alguma doença do aparelho digestivo (gastrite, úlcera, colite, cirrose hepática, hepatites, pancreatite, hérnia de hiato, hérnia umbilical, hérnia inguinal, doença da vesiculabiliar (ex: pedra), hemorroidas, tumor, diverticulite, outras)?				
15	Sofre de alguma doença do aparelho genito-urinário (cólica renal, insuficiência renal, doenças de próstata, tumores, infertilidade, endometriose, mioma, cisto de ovário, infecção urinária, doenças da mama, outros)?				
16	Sofre de alguma doença neurológica (mal de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, tumores, paralisia, seqüela de derrame, outras)?				
17	Sofre de alguma doença endócrina (diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, desnutrição, obesidade, outras)?				
18	Sofre de alguma doença infecto contagiosa (AIDS – inclusive portador de HIV, malária, tuberculose, doenças venéreas, outras)?				
19	Sofre de alguma doença psiquiátrica ou dependência química (psicose, depressão, alcoolismo, uso de outras drogas)?				
20	Sofre de doença cancerosa (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, outras)?				
21	Sofre de doença hematológica (anemia, leucemia, hemofilia, outros)?				
22	Sofre de alguma doença de pele (nevus, sinais, outros) ou alérgicas (rinite, urticária, outras)?				
23	Sofre de distúrbio do sono ou apnéia do sono?				
24	Sofre de hiperhidrose (excesso de suor nas mãos, axilas, rosto ou outros locais)?				
25	Sofre de alguma alteração da mandíbula, arcadas dentárias (má-oclusão, macrognatismo, micrognatismo, prognatismo, retrognatismo, outros)?				
26	Faz uso de prótese(s), órteses(s) (pino, parafuso, placa, fios, silicone, outros)?				
27	Sofre de alguma outra doença, não descrita nesta declaração?				
28	Foi realizado algum tipo de exame ou procedimento pela Operadora para avaliar o seu estado de saúde físico ou mental na contratação do plano de saúde?				

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

TITULAR	Assinale com um X				ANO DO EVENTO	N.º do Item	Caso tenha sido marcado "Sim" em algum dos itens da Declaração de Saúde (página anterior), seja para Titular e/ou Dependente(s), informe para cada item e por beneficiário as datas, tratamentos, situação atual e tudo o mais que considerar importante para avaliação médica.
	1º DEPENDENTE	2º DEPENDENTE	3º DEPENDENTE	4º DEPENDENTE			
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							

DECLARAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS

- Declaro(amos) que fui(omos) orientado(s) para o preenchimento desta Declaração de Saúde por médico cooperado da Unimed, selecionado por meio do Guia Médico que contém a relação de médicos cooperados.
- Declaro(amos) que fui(omos) orientado(s) por nosso médico particular, não cooperado da Unimed, para preenchimento desta Declaração de Saúde.
- Declaro(amos) que dispensei(amos) orientação médica a nós oferecida para o preenchimento desta Declaração de Saúde por julgar-nos capacitados a fazê-lo por nossa própria conta, pelo que responderemos integralmente.
- Declaro(amos) que fui(omos) orientado(s) por médico preposto para preenchimento desta Declaração de Saúde.

Comentários e/ou informações adicionais a respeito das questões formuladas, que o consumidor ou médico orientador entenda importante registrar.

Declaro que prestei as orientações necessárias para o BENEFICIÁRIO TITULAR E SEUS DEPENDENTES preencherem de próprio punho esta Declaração de Saúde.

Assinatura do médico orientador,
com carimbo e CRM
Data: ___ / ___ / _____

Declaro que as informações, por mim prestadas nesta Declaração de Saúde, são verdadeiras, pelas quais assumo inteira responsabilidade.

_____, de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário Titular

Assinatura do Dependente 1: _____
(ou representante legal)

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura do Dependente 2: _____
(ou representante legal)

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura do Dependente 3: _____
(ou representante legal)

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura do Dependente 4: _____
(ou representante legal)

Nome: _____
CPF: _____



PARECER DO MÉDICO AVALIADOR

TITULAR Dependentes
1° 2° 3° 4°

Não possui doença ou lesão preexistente					
Com necessidade de perícia médica					
Com doença ou lesão preexistente sem necessidade de perícia médica					
Com doença ou lesão preexistente com necessidade de perícia médica					

Informar o CID e/ou código dos procedimentos da DLP e outras observações

Titular:

Dependente 1:

Dependente 2:

Dependente 3:

Dependente 4:

Assinatura do médico Avaliador,
com carimbo e CRM

Data: ____/____/____



PERÍCIA MÉDICA

Titular - Quadro Clínico / Resultado dos Exames / CID-10 e Relação dos Códigos dos Procedimentos / Parecer Final:

Dependente 1 - Quadro Clínico / Resultado dos Exames / CID-10 e Relação dos Códigos dos Procedimentos / Parecer Final:

Dependente 2 - Quadro Clínico / Resultado dos Exames / CID-10 e Relação dos Códigos dos Procedimentos / Parecer Final:

Dependente 3 - Quadro Clínico / Resultado dos Exames / CID-10 e Relação dos Códigos dos Procedimentos / Parecer Final:

Dependente 4 - Quadro Clínico / Resultado dos Exames / CID-10 e Relação dos Códigos dos Procedimentos / Parecer Final:

Declaro para os devidos fins, que estou ciente dos resultados da Perícia Médica.

Assinatura do Beneficiário Titular: _____
Nome: _____
CPF: _____

Assinatura do Dependente 1: _____
(ou representante legal)
Nome: _____
CPF: _____

Assinatura do Dependente 3: _____
(ou representante legal)
Nome: _____
CPF: _____

Assinatura do médico Perito,
Data: ____/____/____

Assinatura do Dependente 2: _____
(ou representante legal)
Nome: _____
CPF: _____

Assinatura do Dependente 4: _____
(ou representante legal)
Nome: _____
CPF: _____



1. Nome do Beneficiário Titular

2. Nome do 1º Dependente

3. Nome do 2º Dependente

4. Nome do 3º Dependente

5. Nome do 4º Dependente

1. Para efeitos deste termo, entende-se como Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

2. Ficam suspensos da cobertura os eventos cirúrgicos, internações em leitos de alta tecnologia (UTI e similares) e os procedimentos de alta complexidade, listados no Rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tais como: Ressonância magnética, tomografia, angiografia, cateterismo, angioplastia, cintilografia, litotripsia, pesquisa vírus HIV qualitativo e quantitativo de carga viral, quimioterapia, radioterapia, contagem de células CD34 / CD45 positivas, HTLV-I, por PCR, bem como demais constantes no Rol de procedimentos da ANS, relacionados exclusivamente à doença ou lesão preexistente CID (s):

Titular: _____

Dependente 1: _____

Dependente 2: _____

Dependente 3: _____

Dependente 4: _____

A listagem completa dos procedimentos de alta complexidade estão especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

3. A cobertura para doença ou lesão preexistente ficará suspensa pelo período de _____ meses contados a partir da contratação ou da adesão ao plano.

4. O beneficiário declara conhecimento do período de suspensão da cobertura contratual dos procedimentos de alta complexidade, eventos cirúrgicos, internações em leitos de alta tecnologia em razão de doença ou lesão preexistente.

Assinatura do Beneficiário Titular: _____

Nome: _____

CPF: _____

Data: ____ / ____ / _____

Assinatura do Dependente 1: _____

(ou representante legal)

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do Dependente 2: _____

(ou representante legal)

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do Dependente 3: _____

(ou representante legal)

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do Dependente 4: _____

(ou representante legal)

Nome: _____

CPF: _____