



ANS - 35.739-1



ANS - 41.771-8



Termo de adesão

Contrato de plano de saúde coletivo por adesão.

Proposta nº

VERSÃO JULHO/2017

 Inclusão de novo titular Inclusão de dependente (s)

Início da vigência do benefício:

____/____/20____

Entidade:

ANFIP - Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil

PROPONENTE TITULAR

Nome completo

Nome da mãe

Data de nascimento

Sexo

Estado civil

Naturalidade (cidade, estado e país)

CPF

RG

CNS (Cartão Nacional de Saúde)

Código Plano Anterior (se houver)

Endereço residencial

Complemento

Número residencial

CEP

Bairro

Cidade

UF

Telefone residencial

Telefone celular

E-mail

Endereço para envio de cobrança

CEP

Bairro

Cidade

UF

DEPENDENTES**1** Nome completo

Data de nascimento

Sexo

Estado civil

Parentesco

DNV (Declaração de Nascido Vivo)

Código Plano Anterior (se houver)

CPF

RG

Órgão expedidor

UF

Data de expedição

CNS (Cartão Nacional de Saúde)

Nome da mãe

2 Nome completo

Data de nascimento

Sexo

Estado civil

Parentesco

DNV (Declaração de Nascido Vivo)

Código Plano Anterior (se houver)

CPF

RG

Órgão expedidor

UF

Data de expedição

CNS (Cartão Nacional de Saúde)

Nome da mãe

3 Nome completo

Data de nascimento

Sexo

Estado civil

Parentesco

DNV (Declaração de Nascido Vivo)

Código Plano Anterior (se houver)

CPF

RG

Órgão expedidor

UF

Data de expedição

CNS (Cartão Nacional de Saúde)

Nome da mãe

4 Nome completo

Data de nascimento

Sexo

Estado civil

Parentesco

DNV (Declaração de Nascido Vivo)

Código Plano Anterior (se houver)

CPF

RG

Órgão expedidor

UF

Data de expedição

CNS (Cartão Nacional de Saúde)

Nome da mãe

5 Nome completo

Data de nascimento

Sexo

Estado civil

Parentesco

DNV (Declaração de Nascido Vivo)

Código Plano Anterior (se houver)

CPF

RG

Órgão expedidor

UF

Data de expedição

CNS (Cartão Nacional de Saúde)

Nome da mãe



Termo de adesão

Contrato de plano de saúde coletivo por adesão.

ANS - 35.739-1

ANS - 41.771-8

Proposta nº

VERSÃO JULHO/2017

PLANO PRETENDIDO

UNIMED AMPLO

ENFERMARIA (PRODUTO PARTICIPATIVO)	APARTAMENTO (PRODUTO PARTICIPATIVO)	REDE DIFERENCIADA (PRODUTO PARTICIPATIVO)
Acomodação: Quarto Coletivo Atendimento: Rede Credenciada Comum (Sistema Unimed) Abrangência: Nacional Registro Produto ANS: 466.263/12-6	Acomodação: Quarto Privativo com direito a acompanhante Atendimento: Rede Credenciada Comum (Sistema Unimed) Abrangência: Nacional Registro Produto ANS: 466.267/12-9	Acomodação: Quarto Privativo com direito a acompanhante Atendimento: Rede Credenciada Comum (Sistema Unimed) / Rede Credenciada Diferenciada (limitada aos prestadores descritos no contrato entre a Administrado e a Unimed Vitória) Abrangência: Nacional Registro Produto ANS: 472.595/14-6

VALOR POR PROPONENTE

	Idade	Acomodação	Valores em R\$
Titular	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Rede Diferenciada	<input type="text"/>
Dependente 1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Rede Diferenciada	<input type="text"/>
Dependente 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Rede Diferenciada	<input type="text"/>
Dependente 3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Rede Diferenciada	<input type="text"/>
Dependente 4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Rede Diferenciada	<input type="text"/>
Dependente 5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Rede Diferenciada	<input type="text"/>

ATENÇÃO: Os valores indicados ao lado sofrerão alteração caso haja reajuste anual do contrato coletivo ou mudança de faixa etária entre a data de assinatura desta proposta e a data da sua 1ª (primeira) cobrança. O valor total deverá ser pago mensalmente.

Reajuste anual: Todo mês de Janeiro, independente da data de adesão do beneficiário no plano assistencial.

S.O.S CENEMED

	Idade	Valores em R\$
Titular	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependente 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependente 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependente 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependente 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependente 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ATENÇÃO: Início de vigência a partir do dia 1 do mês subsequente.

Valor total em R\$

COBRANÇA

Escolha a opção de pagamento do benefício de acordo com a sua conveniência:

Débito automático em conta-corrente*
*Para maiores informações 0800-703-5401 ou acesse o site www.benevix.com.br
Vencimento todo dia 10 de cada mês, nos valores pactuados.

Boleto bancário
Vencimento todo dia 10 de cada mês, nos valores pactuados.

TAXA DE CADASTRO

A taxa de cadastro é obrigatória e equivale ao valor abaixo, devendo ser integralmente paga ao consultor da corretora credenciada no ato da subscrição desta proposta. Em caso de não-aceitação da proposta, essa taxa será integralmente devolvida pelo consultor ao proponente titular. **ATENÇÃO:** O pagamento da taxa de cadastro não se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento da 1ª cobrança do benefício, que dará direito às coberturas decorrentes desta proposta.

Valor total em R\$

DATA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

Inclusões e alterações cadastrais entregues até o dia 05 do mês serão efetivadas a partir do dia 01 do mês subsequente.

AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DE INFORMAÇÕES

- Desejo receber informações sobre o benefício contratado, bem como mensagens com ofertas de novos serviços e benefícios, disponibilizados através de e-mail e/ou SMS.
- Não desejo receber tais informações e mensagens e, portanto, não autorizo o seu envio, via e-mail e/ou SMS.

Declaro que as informações aqui prestadas e os documentos apresentados são absolutamente verdadeiros e completos, e me responsabilizo civil e criminalmente por eles.

Local e data	Assinatura do proponente titular (igual ao documento apresentado - <i>passível de reconhecimento em cartório</i>)	
Consultor	CPF do Consultor	Corretora

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 meu **contrato de adesão** (a “**proposta**”) ao plano de saúde coletivo por adesão (o “**benefício**”), estipulado pela BENEVIX Administradora de Benefícios Ltda. (a “**Administradora de Benefícios**”) com a UNIMED Vitória Cooperativa de Trabalho Médico (a “**Operadora**”) e destinada à população que mantenha vínculo com a minha “**Entidade**”, que é a Pessoa Jurídica indicada na página 1 desta **proposta**.

2. A aceitação de minha **proposta** depende da comprovação de meu vínculo com a **Entidade**, sendo que os documentos comprobatórios desse vínculo estão sendo entregues por mim ao **consultor de vendas**, no ato da assinatura desta, para que a idoneidade deles seja conferida em até 15 (quinze) dias pela **Administradora de Benefícios**, podendo esta **proposta** ser recusada em razão da falta de minha elegibilidade. Em caso de recusa desta proposta, a **Taxa de Cadastro** será devolvida a mim pelo **consultor de vendas** que a recebeu.

3. Serão aceitos como meus Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica: a) Cônjuge; b) Companheiro (a); c) Filhos e filhas; d) O enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos; e) O convivente, havendo união estável na forma da lei, devidamente comprovada, sem concorrência com o cônjuge; f) Netos (as) solteiros (as) e genros e noras.

4. Sou o único responsável pelos documentos e informações fornecidos por mim e por meu(s) dependente(s) sobre toda e qualquer circunstância que possa influir na aceitação desta **proposta**, na manutenção ou no valor mensal do **benefício**, sabendo que omissões ou dados errôneos acarretarão a perda de todos os meus direitos, bem como os do(s) meu(s) dependente(s), decorrentes do **benefício**.

5. Após a aceitação desta **proposta**, o **benefício** terá início na data indicada no campo “Início da vigência do benefício”, na página 1 da presente, e tanto eu quanto meu(s) dependente(s) indicado(s) passaremos a ser denominados “**beneficiários**”. Esta data poderá sofrer alteração, já que para a efetivação de meu plano de saúde pelo cadastro da Unimed Vitória, dependerei da conclusão da análise da minha Declaração de Saúde e de meus dependentes, análise esta que é de responsabilidade da Unimed Vitória, bem como também da minha expressa concordância com o resultado desta análise e eventual indicação de CPT (cobertura parcial temporária).

6. Assim que eu assumir a condição de **beneficiário** titular, fica outorgado à **Administradora de Benefícios** amplos po-

deres para me representar, assim como o(s) meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s), perante a **Operadora** e outros órgãos, em especial a **ANS**, no cumprimento e/ou nas alterações deste **benefício**, bem como nos reajustes dos seus valores mensais.

7. O contrato coletivo firmado entre a **Administradora de Benefícios** e a **Operadora**, contrato este que passarei a integrar, vigorará pelo prazo de 1 (um) ano, contado a partir da data de sua assinatura, podendo ser renovado automaticamente por período 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** me fará a comunicação desse fato, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

8. Deverei, assim como meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s), utilizar o **benefício** por meio apenas dos prestadores credenciados pela **Operadora** para o plano, respeitados os limites das condições contratuais de cada plano.

9. O **benefício** cobrirá as despesas com serviços médico-hospitalares relacionados no “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”, instituído pela **ANS**, observada a abrangência das condições gerais deste **benefício**.

10. As coberturas excluídas do **benefício** 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**.

11. Os prazos de carência são os períodos nos quais nem eu nem meu(s) beneficiário(s) dependente(s) teremos direito a determinadas coberturas, mesmo que em dia com o pagamento do benefício. Haverá prazos de carências para utilização do benefício conforme tabela indicativa da qual tive ciência. Para efeitos de isenção de carências, devem-se observar as normas regulamentares da ANS e a legislação em vigor e, se houver redução de carências, deve-se observar o Aditivo de Redução de Carências que acompanha esta proposta.

12. Doença ou lesão preexistente é aquela da qual eu ou meu(s) proponente(s) dependente(s) saiba (mos) ser portador (es) nesta data, seja por diagnóstico feito, conhecido ou em andamento, devendo declará-las na “Declaração de Saúde” que acompanha esta proposta. Havendo na “Declaração de Saúde” a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistentes, será aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e qua-

tro meses), contados a partir da data de início da vigência do benefício, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

13. Depende da autorização prévia pela **Operadora** a realização de: (I) serviços auxiliares de diagnose; (II) serviços auxiliares de terapia; (III) serviços ambulatoriais; (IV) remoções.

14. As características do benefício relativas a: (I) segmentação assistencial; (II) padrão de acomodação; e (III) abrangência geográfica estão definidas na página 2 desta **proposta**.

15. A data de vencimento do pagamento do valor mensal do **benefício**, bem como sua forma, serão aquelas indicadas na página 2 desta **proposta**, sendo que a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do **benefício** e acréscimo de juros de 1% (um por cento) ao mês sobre o valor total do **benefício**. Poderá ocorrer a suspensão do **benefício** a partir do dia posterior ao vencimento, em razão do inadimplemento, sendo a utilização restabelecida somente a partir da quitação do(s) valor(es) pendentes), acrescido(s) dos encargos supracitados, observada a possibilidade de cancelamento, conforme disposto no item 18, "(II)", desta **proposta**.

16. Independente da data da minha proposta, o valor mensal do benefício poderá sofrer reajustes legais e contratuais, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações: (I) reajuste financeiro, no mês de aniversário do contrato estipulado pela **Administradora de Benefícios** junto à **Operadora**; (II) por índice de sinistralidade, no mês de aniversário do contrato estipulado pela **Administradora de Benefícios** junto à **Operadora**; (III) por mudança de faixa etária do **beneficiário**; (IV) em outras hipóteses, desde que em conformidade com as normas e legislação em vigor; (V) Do reajuste das coparticipações: O valor da coparticipação referente às consultas e procedimentos ambulatoriais possuem relação direta com adespesa assistencial dos mesmos, podendo sofrer ajustes que elevem ou reduzem seus valores, acompanhando as variações do mercado, que serão informados aos beneficiários independentemente da data base de reajuste do contrato.

17. Devo solicitar e informar expressamente à **Administradora de Benefícios** toda e qualquer alteração cadastral, tal como a eventual perda de elegibilidade, respeitando os prazos e a condições constantes na página 2 desta proposta

18. O **benefício** poderá ser cancelado: (I) por minha solicitação expressa conforme RN 412, como beneficiário titular, à **Administradora de Benefícios**; (II) automaticamente, pela falta de pagamento de **1 (um) valor mensal** do **benefício** por prazo igual ou superior a **30 (trinta) dias**, com minha consequente exclusão e a de meu(s) beneficiário(s) dependente(s), sem

prejuízo da cobrança do(s) valor(es) pendente(s); e (III) pela perda de minha elegibilidade junto à **Entidade**.

19. No caso de cancelamento do **benefício**, devolvarei imediatamente à **Administradora de Benefícios** os cartões de identificação do(s) **beneficiário(s)**, 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 meu conhecimento.

20. Não haverá nenhuma continuidade deste **benefício** nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, que cuidam da continuidade assistencial em casos de demissão e aposentadoria em contratos coletivos, hipóteses essas totalmente diversas das que se aplicam a este **benefício**.

21. Poderei postular nova adesão ao **benefício**, mediante: (I) aceitação pela **Administradora de Benefícios**; (II) quitação de eventuais débitos anteriores; (III) cumprimento de novos prazos de carência, independente do período anterior em que permaneci no contrato coletivo; e (IV) pagamento de nova Taxa de Cadastro.

22. Devo 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.

23. Poderei desistir desta **proposta**, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito à **Administradora de Benefícios** no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de minha assinatura neste instrumento, autorizando a cobrança da Taxa de Cadastro e do valor mensal do **benefício**, caso esse prazo não seja observado.

24. O Foro para dirimir quaisquer questões oriundas da presente **proposta** é o do meu domicílio.



ANS - 35.739-1



ANS - 41.771-8



Termo de adesão

Contrato de plano de saúde coletivo por adesão.

Proposta nº

VERSÃO JULHO/2017

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, e a do(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) na página 1 desta proposta, ao benefício.

Declaro receber, neste ato, o Manual de Orientação para contratação de Planos de Saúde” e cópia da presente “Proposta”, da “Carta de Orientação ao Beneficiário” e da “Declaração de Saúde”, e estou ciente de que os cartões de identificação do(s) beneficiário(s) e a lista de prestadores credenciados, de responsabilidade da Operadora, bem como o “Guia de Leitura Contratual”.

EM CASO DE DÚVIDA, LIGUE PARA:

Central de Atendimento BENEVIX

0800 606 7272

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: _____

Assinatura: _____
Nome legível, assinatura e CPF

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____ / ____ / ____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____
Nome legível, assinatura e CPF

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A Carta de Orientação ao Beneficiário que está localizada nas páginas imediatamente anteriores a esta é um documento padronizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que visa a orientar o beneficiário/consumidor sobre o preenchimento da Declaração de Saúde. É obrigatória a oposição de ciência de seus termos.

A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), ou seja, aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

É obrigatório responder a todas as perguntas formuladas na Declaração de Saúde. **A omissão de informação sobre a existência de doenças ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, acarretará a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão não declarada.**

No preenchimento desta declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por médico da operadora, ou por um de sua confiança, mas, neste caso, as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

Informamos que os valores de peso e altura declarados neste documento servirão de cálculo para IMC (Índice de Massa Corporal). Caso o índice obtido seja igual ou superior a 30, será exigido o cumprimento da cobertura parcial temporária (CPT), cujas regras encontram-se previstas na carta de orientação ao beneficiário.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

A **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à 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.**

AGRAVO

Qualquer acréscimo no valor da contra prestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente, após o prazo de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.



Declaração de Saúde

Proposta nº

VERSÃO JULHO/2017

ANS - 35.739-1

ANS - 41.771-8

De acordo com a Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Preencher sem rasuras, de forma legível e de próprio punho, pelo proponente ou titular responsável

Individual ou Familiar - Telefone: _____ Inclusão de Dependente

Coletivo Empresarial / Coletivo Adesão:

Telefone

Nome completo do Proponente Titular (T)	Data de Nascimento / /	Altura	Peso
Nome completo do Proponente Dependente 1 (D1)	Data de Nascimento / /	Altura	Peso
Nome completo do Proponente Dependente 2 (D2)	Data de Nascimento / /	Altura	Peso
Nome completo do Proponente Dependente 3 (D3)	Data de Nascimento / /	Altura	Peso
Nome completo do Proponente Dependente 4 (D4)	Data de Nascimento / /	Altura	Peso
Nome completo do Proponente Dependente 5 (D5)	Data de Nascimento / /	Altura	Peso

Informamos que os valores de peso e altura declarados, neste documento, servirão de cálculo para o IMC. Caso índice obtido seja igual ou superior a 30 (trinta), será exigido o cumprimento da CPT.

Item Assinalar com S(sim) ou N(não) as respostas às seguintes questões

Item	T	D1	D2	D3	D4	D5
1) Sofre de alguma doença infecciosa ou parasitária como:						
a) Tuberculose?						
b) Hepatite?						
c) AIDS ou portador de vírus HIV?						
d) Meningite?						
e) Hanseníase?						
f) Outros? Especifique.						
2) Sofre de neoplasias malignas (câncer)?						
a) Aparelho digestivo (estômago, outros)? Especifique.						
b) Aparelho respiratório (pulmão, outros)? Especifique.						
c) Pele?						
d) Mama?						
e) Somente para mulheres (útero, ovário, outros)? Especifique.						
f) Somente para homens (próstata, outros)? Especifique.						
g) Trata urinário (rins, bexigas, outras)? Especifique.						
h) Tireóide?						
i) Linfoma?						
j) Leucemia?						
k) Outras localizações? Especifique.						
3) Sofre de neoplasias benignas?						
a) Útero (mioma)? (Mulher)						
b) Pele (nevus)?						
c) Outros? Especifique.						
4) Sofre de doenças do sangue (anemia, púrpura, outros)? Especifique.						

Item	Assinalar com S(sim) ou N(não) as respostas às seguintes questões					
5) Sofre(u) de doenças endócrinas?	T	D1	D2	D3	D4	D5
a) Diabetes?						
b) Tireóide?						
c) Emagrecimento acentuado?						
d) Outras? Especifique.						
6) Sofre(u) de transtornos psiquiátricos ou mentais? Especifique.	T	D1	D2	D3	D4	D5
7) Sofre(u) de doenças do sistema nervoso?	T	D1	D2	D3	D4	D5
a) Parkinson?						
b) Alzheimer?						
c) Epilepsia?						
d) Paralisia cerebral?						
e) Outros? Especifique.						
8) Sofre(u) de doenças dos olhos e anexos?	T	D1	D2	D3	D4	D5
a) Catarata?						
b) Glaucoma?						
c) Ceratocone?						
d) Miopia? (Informar o grau)						
e) Astigmatismo? (Informar o grau)						
f) Hipermetropia (Informar o grau)						
g) Outros? Especificar.						
9) Sofre(u) de doença do ouvido?	T	D1	D2	D3	D4	D5
a) Labirintite?						
b) Perda de audição?						
c) Outros? Especifique.						
10) Sofre(u) de doenças do aparelho circulatório?	T	D1	D2	D3	D4	D5
a) Febre reumática?						
b) Hipertensão arterial?						
c) Angina pectoris?						
d) Infarto do miocárdio?						
e) Arritmia cardíaca?						
f) Insuficiência cardíaca?						
g) Acidente vascular cerebral ("derrame")?						
h) Varizes de membros inferiores?						
i) Hemorróidas?						
j) Outros? Especifique.						

Item Assinalar com S(sim) ou N(não) as respostas às seguintes questões

11) Sofre(u) de doenças do aparelho respiratório?	T	D1	D2	D3	D4	D5
a) Rinite?						
b) Sinusite?						
c) Bronquite?						
d) Asma?						
e) Pneumonia?						
f) Enfisema?						
g) Desvio de septo nasal?						
h) Outros? Especifique.						

12) Sofre(u) de doenças do aparelho digestivo?	T	D1	D2	D3	D4	D5
a) Úlcera Péptica?						
b) Gastrite?						
c) Hérnia? Especifique o local.						
d) Doença diverticular do intestino?						
e) Cirrose hepática?						
f) Colite?						
g) Colelitíase (cálculo da vesícula)?						
h) Outros? Especifique.						

13) Sofre(u) de doenças da pele? Especifique o local.	T	D1	D2	D3	D4	D5
a) Verrugas?						
b) Pintas?						
c) Quelóide?						
d) Carços?						
e) Xantelasma?						
f) Cisto?						
g) Calos?						
h) Outros? Especifique.						

14) Sofre(u) de doenças osteomuscular?	T	D1	D2	D3	D4	D5
a) Artrite?						
b) Artrose?						
c) Osteoporose?						
d) Reumatismo?						
e) Escoliose?						
f) Hérnia de disco?						
g) Osteomielite?						
h) Outros? Especifique.						

Item	Assinalar com S(sim) ou N(não) as respostas às seguintes questões					
15) Sofre(u) de doenças do aparelho genito-urinário?	T	D1	D2	D3	D4	D5
a) Insuficiência renal?						
b) Cálculo urinário?						
c) Incontinência urinária ("urina solta")?						
d) Hiperplasia da próstata? (Homem)						
e) Fimose? (Homem)						
f) Nódulo mamário?						
g) Infertilidade?						
h) Cisto de ovário? (Mulher)						
i) Transtornos menstruais? (Mulher)						
j) Endometriose? (Mulher)						
k) Nefrite?						
l) Outros? Especifique.						
<hr/>						
16) Sofre(u) de traumatismo e/ou fraturas? Especifique.	T	D1	D2	D3	D4	D5
<hr/>						
17) Sofre(u) de malformações congênitas (doenças de nascença)? Especifique.	T	D1	D2	D3	D4	D5
<hr/>						
18) Sofre de sequelas de acidentes, moléstia adquirida ou congênita? Especifique.	T	D1	D2	D3	D4	D5
<hr/>						
19) Já foi submetido a algum tipo de cirurgia? Especifique.	T	D1	D2	D3	D4	D5
<hr/>						
20) Sofre(u) de alguma doença não relacionada acima, que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de tratamento ou exame? Especifique.	T	D1	D2	D3	D4	D5
<hr/>						
21) Já foi submetido à radioterapia, quimioterapia, hemodiálise ou diálise peritoneal? Especifique.	T	D1	D2	D3	D4	D5
<hr/>						
22) Tem indicação de submeter-se a algum tipo de cirurgia? Especifique.	T	D1	D2	D3	D4	D5
<hr/>						
23) Possui algum tipo de prótese ou órtese (placas, pinos, parafusos, marca-passo, outros)? Especifique.	T	D1	D2	D3	D4	D5
<hr/>						



ANS - 35.739-1



ANS - 41.771-8



Declaração de Saúde

Proposta nº

VERSÃO JULHO/2017

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos anteriores, onde se perguntou sobre a existência de doença, indique abaixo o item, subitem, proponente, especificação e período da doença.

Item	Especificação	Período da Doença

O campo abaixo é destinado a comentários e informações adicionais a respeito das questões formuladas que você ache importante registrar.

DECLARAÇÃO

- Declaro que fui orientado(a) por médico da Unimed Vitória, Dr^(a) _____ CRM: _____
- Dispensar a presença do médico orientador.

Declaro para todos os fins que as informações prestadas na Declaração de Saúde, relativas a mim e a meus dependentes, espontaneamente feitas de próprio punho, são verdadeiras e completas, e assumo inteiramente responsabilidade pelas mesmas. Estou ciente que a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das coberturas poderá ser considerada como comportamento fraudulento, implicando a rescisão do contrato, além de estar obrigado a arcar com os custos dos atendimentos obtidos às doenças ou lesões preexistentes.

Comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada. Bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde a enviar à Unimed Vitória as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde e de meus dependentes, resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-a, ou cooperados, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

CÓDIGO	CONSULTOR

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL	DATA

CÓDIGO	CORRETORA

Este Aditivo de Redução de Carência é parte integrante da proposta acima referida e visa conceder prazos de carência reduzidos, exceto para parto (cujo prazo de carência permanece sendo de 300 dias), contados a partir do início de vigência do benefício, aos proponentes elegíveis a essa redução. Para que o proponente seja elegível à redução de carência, devem ser respeitadas as condições abaixo.

O cliente Unimed Vitória que optar por adquirir novo plano em continuidade ao atual, com a acomodação em padrão superior à prevista no contrato anterior, deverá cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilizar a nova acomodação contratada. Cumprirá as carências correspondentes aos procedimentos que não estavam contratados no plano anterior conforme aproveitamento de carência, parte integrante desta proposta de adesão.

PROCEDIMENTO	CONTRATUAL	APROVEITAMENTO		
		A	B	C
Emergência e urgência / Acidentes pessoais	24 horas	Já cumpridas	Isento	Isento
Consultas, análises clínicas e RX simples**	30 dias	Já cumpridas	Isento	Isento
Exames obstétricos e radiológicos contrastados	60 dias	Já cumpridas	Isento	Isento
Procedimentos de diagnose / Internações clínicas	120 dias	Já cumpridas	30 dias	Isento
Internações psiquiátricas e dependência química, assim como hospital / dia psiquiátrico	180 dias	Já cumpridas	180 dias	180 dias
Acomodação em quarto privativo (quando contratado)	180 dias	Já cumpridas	30 dias	30 dias
Transplante de rim e córnea	180 dias	Já cumpridas	180 dias	180 dias
Tratamento e internações cirúrgicas	180 dias	Já cumpridas	90 dias	30 dias
Cirurgia de obesidade mórbida e cirurgia refrativa oftalmológica	180 dias	Já cumpridas	180 dias	180 dias
Cirurgias cardíacas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica	180 dias	Já cumpridas	120 dias	120 dias
Próteses e órteses provenientes do ato cirúrgico	180 dias	Já cumpridas	180 dias	180 dias
Procedimentos obstétricos e parto (quando contratado)	300 dias	Já cumpridas	300 dias	300 dias
Tratamento de doenças preexistentes com opção de cobertura parcial temporária (CPT)	24 meses	Já cumpridas	24 meses	24 meses

IMPORTANTE

- 1 - O aproveitamento de carência é uma concessão feita para beneficiários que possuem outros planos de saúde, de acordo com a regra de aproveitamento de carências abaixo, que poderá ou não ser efetuada pela Unimed Vitória, após examinada toda a documentação do(s) beneficiário(s).
- 2 - Só poderá ser concedido aproveitamento de carências para procedimentos que estavam contratados no plano anterior, salvo para os casos de prioridade.

PORTABILIDADE

REGRAS PARA APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA

APROVEITAMENTO A

- Aproveita-se a carência conforme cumprida no plano anterior.
- Para beneficiários de plano Unimed Vitória regulamentado ou não-regulamentado em dia, cancelado com até 60 dias.
- Para beneficiários de plano Unimed Vitória regulamentado ou não-regulamentado inadimplente, cancelado com até 60 dias, mediante quitação das mensalidades e coparticipação em aberto (quando houver).

APROVEITAMENTO B

- Para beneficiários de planos de outras operadoras com mais de 06 meses de plano, com até 60 dias do último pagamento.
- Para beneficiários de plano Unimed Vitória em custo operacional.
- Para beneficiários menores de 06 meses de idade, nascidos em outra operadora com declaração de permanência ou declaração do hospital.

APROVEITAMENTO C

- Para beneficiários de planos de outras Unimed com mais de 06 meses de plano, com até 60 dias do último pagamento.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Atendidas as condições para a redução de carências, deve cada proponente, obrigatoriamente, anexar cópia legível dos documentos a seguir, para análise e aprovação da Operadora:

Para proponentes oriundos de planos de saúde individuais ou familiares:

- a) Declaração da operadora congênere, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando a data de início no plano de saúde, condições de pagamento e relação dos beneficiários (titular e dependentes).

Para proponentes oriundos de planos de saúde coletivos empresariais ou por adesão:

- a) Declaração da operadora congênere, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando a data de início no plano de saúde, condições de pagamento e relação dos beneficiários (titular e dependentes).

Proponente	Operadora anterior	Tempo de plano	Padrão de acomodação
Titular			
Dependente 1			
Dependente 2			
Dependente 3			
Dependente 4			
Dependente 5			

Declaro ter recebido cópia deste Aditivo de Redução de Carências e estou de acordo com os seus termos. Estou ciente de que a possibilidade de redução de carências será analisada de forma individual, para cada proponente, e de que essa possibilidade está subordinada à análise e aprovação de documentos por parte da Operadora. Estou ciente também de que os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas neste aditivo e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências descritas no Manual do Beneficiário.

É de minha única e exclusiva responsabilidade cancelar o plano anterior.

_____/____/_____
Local e data

Assinatura do proponente titular (igual ao documento apresentado - passível de reconhecimento em cartório)

Nome completo do consultor

Corretora credenciada

CPF do consultor

**EM CASO DE DÚVIDA, LIGUE PARA:
Central de Atendimento Benevix • 0800 606 7272**