Unimed Fesp

# Ficha de adesão cadastral planos coletivos / PME

Proposta Nº

| Razão social: | CNPJ: |
|---|---|

## Declaração:

Eu, _____

BENEFICIÁRIO TITULAR vinculado à pessoa jurídica CONTRATANTE acima qualificada, por este instrumento, solicito a minha inclusão e dos meus dependentes abaixo relacionados, no plano de saúde contratado com a UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS. Declaro, nesta oportunidade, ter pleno conhecimento de todas as condições estabelecidas no contrato de plano de saúde ao qual peço minha inclusão, não restando qualquer dúvida a respeito das suas características e das regras que contratuais a ele atinentes.

| Data de nascimento: | Estado Civil: ☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Viúvo |
|---|---|
| Sexo: ☐ M ☐ F | ☐ Desquitado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Outros |

| Nome da mãe: | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RG: | | CPF: | | |
| Endereço Residencial: | | | | |
| Complemento: | Bairro: | Cidade: | UF: | CEP: |
| Telefone Residencial: | Telefone de recado: | | Falar com: | |
| Cargo / Função do Titular: | | E-mail: | | |
| Cartão Nacional de Saúde: | | | | |
| Cartão Nacional de Saúde: | | | Mensalidade | Taxa de Inscrição |

## Relação de dependentes:

| Dep. 1 | Nome: | Data de Nascimento: | Sexo | Estado Civil: | Parentesco: |
|---|---|---|---|---|---|
| Cartão Nacional de Saúde: | | Declaração de Nascido Vivo*: | | | |
| Nome da mãe (sem abreviação): | | | | | |
| Nome do pai do (sem abreviação): | | | | | |
| Telefone Residencial: | | Telefone celular: | | Telefone de recado: | |
| Nome da cidade principal em que o beneficiário terá atendimento: | | CPF do dependente: | | Mensalidade | Taxa de Inscrição |

ANS Nº 319996

# Ficha de adesão cadastral planos coletivos / PME

**Continuação**

Proposta Nº

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Dep. 2** | Nome: | Data de Nascimento: | Sexo | Estado Civil: | Parentesco: |
| Cartão Nacional de Saúde: | | Declaração de Nascido Vivo*: | | | |
| Nome da mãe (sem abreviação): | | | | | |
| Nome do pai do (sem abreviação): | | | | | |
| Telefone Residencial: | | Telefone celular: | | Telefone de recado: | |
| Nome da cidade principal em que o beneficiário terá atendimento: | | CPF do dependente: | | Mensalidade | Taxa de Inscrição |
| **Dep. 3** | Nome: | Data de Nascimento: | Sexo | Estado Civil: | Parentesco: |
| Cartão Nacional de Saúde: | | Declaração de Nascido Vivo*: | | | |
| Nome da mãe (sem abreviação): | | | | | |
| Nome do pai do (sem abreviação): | | | | | |
| Telefone Residencial: | | Telefone celular: | | Telefone de recado: | |
| Nome da cidade principal em que o beneficiário terá atendimento: | | CPF do dependente: | | Mensalidade | Taxa de Inscrição |
| **Dep. 4** | Nome: | Data de Nascimento: | Sexo | Estado Civil: | Parentesco: |
| Cartão Nacional de Saúde: | | Declaração de Nascido Vivo*: | | | |
| Nome da mãe (sem abreviação): | | | | | |
| Nome do pai do (sem abreviação): | | | | | |
| Telefone Residencial: | | Telefone celular: | | Telefone de recado: | |
| Nome da cidade principal em que o beneficiário terá atendimento: | | CPF do dependente: | | Mensalidade | Taxa de Inscrição |
| **Dep. 5** | Nome: | Data de Nascimento: | Sexo | Estado Civil: | Parentesco: |
| Cartão Nacional de Saúde: | | Declaração de Nascido Vivo*: | | | |
| Nome da mãe (sem abreviação): | | | | | |
| Nome do pai do (sem abreviação): | | | | | |
| Telefone Residencial: | | Telefone celular: | | Telefone de recado: | |
| Nome da cidade principal em que o beneficiário terá atendimento: | | CPF do dependente: | | Mensalidade | Taxa de Inscrição |

ANS Nº 319996

# Ficha de adesão cadastral planos coletivos / PME

**Continuação**

| Proposta Nº |
|---|
| |

| Tipo de Plano: | | Início da Vigência: | |
|---|---|---|---|
| **Valor Total da Proposta:** | **Mensalidade** | **Taxa de Inscrição** | **Total geral** |
| | | | |

* Campo obrigatório para beneficiários nascidos à partir de 01/01/2010

## Declaração de conhecimento das condições contratuais

1 - Declaro, por mim e por meus dependentes, possuir completa ciência do plano de saúde ao qual nesse
momento peço inclusão, inclusive dos períodos de carência que cumprirei para, a partir de então, ter direito ao atendimento.
2 - Declaro ter consciência que na hipótese da minha exclusão, todos os dependentes a mim vinculados também serão excluídos, sendo que ficarei responsável pelo recolhimento e devolução dos Cartões Individuais de Identificação à operadora.
Por fim, declaro para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas.

## Documentação

- Cópia do CPF e/ou PIS
- Cópia do RG
- Comprovante de Endereço (atual)
- Cópia da Certidão de nascimento (para menores de 18 anos sem RG)

| , de de 20 | |
|---|---|
| Nome do representante comercial | CPF: |
| Assinatura do Representante | Assinatura Usuário Titular (ou responsável caso seja menor de 18 anos) |

ANS Nº 319996

Operadora: Unimed do Estado de São Paulo -
Federação Estadual das Cooperativas Médicas
CNPJ: 43.643.139/0001-66
Nº de registro na ANS: 319996
Site: http://www.unimedfesp.coop.br
SAC: 0800 772 3030

# Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

**Diferenças entre planos individuais e coletivos**

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicado ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

**Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde**

<table>
<tr><th></th><th>PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES</th><th colspan="2">PLANOS COLETIVOS</th></tr>
<tr><td rowspan="3">CARÊNCIA</td><td rowspan="3">É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/ emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.</td><td colspan="2">Coletivo Empresarial</td></tr>
<tr><td>Com 30 participantes ou mais</td><td>Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.</td></tr>
<tr><td>Com menos de 30 participantes</td><td>É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">Coletivo por Adesão</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde.<br>A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimeno de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)</td><td rowspan="3">Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada.<br>Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências.<br>A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a</td><td colspan="2">Coletivo empresarial</td></tr>
<tr><td>Com 30 participantes ou mais</td><td>Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.</td></tr>
<tr><td>Com menos de 30 participantes</td><td>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo</td></tr>
</table>

ANS Nº 319996

| | | |
|---|---|---|
| | DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RNº 162/2007. | Coletivo por Adesão<br><br>É permitida a aplicação de cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes. |
| MECANISMOS DE REGULAÇÃO | É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira; (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato. | |
| REAJUSTE | Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da Agência Nacional de Saúde (ANS) para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa.<br>A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003. | Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS.<br>O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano.<br>Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.<br>A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RNº 63/2003. |
| ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO | Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS. | |
| VIGÊNCIA | A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática. | A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática. |

ANS Nº 319996

| | | |
|---|---|---|
| REGRAS DE RECISÃO E/OU SUSPENSÃO | Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia da inadimplência. | Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato.<br>A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.<br>Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência. |

**Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos**

Nos planos coletivos, os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

**Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9.656/1998, nos planos coletivos empresariais**

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatuário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

**Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial**

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiveram o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

ANS Nº 319996

**Cobertura e segmentação assistencial**

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambu-

latorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

**Abrangência geográfica**

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

**Área de atuação**

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

**Administradora de Benefícios**

Quando houver participação da Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado. Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua Operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória -
CEP: 20021-040 - Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

ANS Nº 319996

Unimed Fesp

## CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Proposta 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 Agravo, 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, endoscopia 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.

**Vias:** 1ª Unimed (Branca) / 2ª Usuário (Verde)

**ANS Nº 319996**

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

**Vias:** 1ª Unimed (Branca) / 2ª Usuário (Verde)

**ANS Nº 319996**

# Declaração de Saúde e Aditivo de Cobertura Parcial Temporária

Proposta Nº

Nome do Titular: _____ CPF: _____

Dependente 1: _____ CPF: _____

Dependente 2: _____ CPF: _____

Dependente 3: _____ CPF: _____

Dependente 4: _____ CPF: _____

Dependente 5: _____ CPF: _____

O formulário do Quadro I deverá ser preenchido de próprio punho pelo titular, em nome próprio e de seu(s) dependentes(s), ou pelo responsável quando o titular for menor de 18 anos. Responda com Sim (S) ou Não (N) as perguntas abaixo relacionadas a você e aos demais dependentes. Caso a resposta para alguma das questões abaixo tenha sido Sim, para qualquer um dos beneficiários, esclareça o motivo no Quadro II especificando o item, o beneficiário e a data do evento.

**Quadro I**

| | Questões | Beneficiários | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Titular | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| 1 | Doenças do Aparelho Cárdio-Circulatório (angina, infarto, arritmia, febre reumática e insuficiência cardíaca, entre outras?). Especificar. | | | | | | |
| 2 | Doenças das Veias ou Artérias (Hemorróidas, varizes, trombose, aneurisma, derrame (AVC), entre outras?). Especificar. | | | | | | |
| 3 | Doenças Endócrinas (Diabetes, tireóide, obesidade, entre outras?). Especificar. | | | | | | |
| 4 | Doenças Pulmonares (Asma, bronquite, enfizema, pneumonia, entre outras?). Especificar. | | | | | | |
| 5 | Doenças do Aparelho Digestivo (Esôfago, estômago, fígado, vesícula, pâncreas ou intestino?). Especificar. | | | | | | |
| 6 | Hérnias (Abdominal, incisional, epigástrica, de disco vertebral, entre outras?). Especificar. | | | | | | |
| 7 | Doenças Renais ou da Bexiga (Infecção, cálculos, cisto renal, hemodiálise e transplante renal). Especificar. | | | | | | |
| 8 | Doenças dos Órgãos Genitais Masculinos (Próstata, testículos, pênis?). Especificar. | | | | | | |
| 9 | Doenças Ginecológicas e das Mamas (Períneo, nódulo de mamas, cisto de ovário, mioma, endometriose, ente outras?). Especificar. | | | | | | |
| 10 | AIDS ou é portador do vírus HIV? | | | | | | |
| 11 | Doenças do Sangue (Anemia, leucemia, hemofilia, linfoma, entre outras?). Especificar. | | | | | | |
| 12 | Doenças Tumorações Malignas (câncer) ou benignas? Especificar. | | | | | | |
| 13 | Doenças Reumáticas (Artrites, lúpus, febre reumática, entre outras?). Especificar. | | | | | | |
| 14 | Doenças Neurológicas (Derrame cerebral, Parkinson, epilepsia, convulsão, tumores, aneurisma, entre outras?). Especificar. | | | | | | |
| 15 | Doenças da Pele (Dermatite, verruga, entre outras?). Especificar. | | | | | | |
| 16 | Doenças Infecto Contagiosas (Hepatites, tuberculose, meningite, entre outras?). Especificar? | | | | | | |
| 17 | Problemas Ortopédicos (Artrose, fraturas, osteomielite?). Especificar. | | | | | | |

Obs.: Todas as demais vias desta Declaração de Saúde devem ser rubricadas.

**Vias:** 1ª Unimed (Branca) / 2ª Usuário (Verde)

ANS Nº 319996

# Declaração de Saúde e Aditivo de Cobertura Parcial Temporária

Proposta Nº

**Continuação**

| | | Beneficiários | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Titular | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
| 18 | Doenças ou Malformações Congênitas ou Hereditárias? Especificar. | | | | | | |
| 19 | Doenças dos Olhos (Miopia, hipermetropia, astigmatismo, estrabismo, glaucoma, entre outros?). | | | | | | |
| 20 | Doenças dos Ouvidos, Nariz e Garganta (Diminuição de audição, pólipos, tumores, desvio de septo, adenóide, labirintite?). Especificar. | | | | | | |
| 21 | Transtornos Mentais ou Psiquiátricos (Psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, entre outros?). Especificar. | | | | | | |
| 22 | Sofre de alguma dependência química (Álcool, cocaína, maconha, anfetamina, entre outras?). Especificar. | | | | | | |
| 23 | Possui algum tipo de prótese ou órtese (placas, pinos, parafusos, marca-passo, outros?). Especificar. | | | | | | |
| 24 | Já foi submetido a hemodiálise, radioterapia, quimioterapia? Especificar. | | | | | | |
| 25 | Já foi internado ou submetido a algum tratamento não mencionado acima? Especificar. | | | | | | |
| 26 | Sofre de alguma doença ou faz algum tratamento não mencionado acima? Especificar. | | | | | | |
| 27 | Indique seu peso. | | | | | | |
| 28 | Indique sua altura. | | | | | | |

## Quadro II

| Item | Beneficiário | Esclarecimento | Data do evento | Uso Unimed CID |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Informações importantes**

**1)** No preenchimento desta Declaração de Saúde, o proponente tem a opção de ser orientado sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com os honorários serão de sua responsabilidade.

**2)** A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o proponente tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

**3)** Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, serão oferecidas 2 (duas) opções:

**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 declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

**b.** Agravo – é definido como qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.

**Vias:** 1ª Unimed (Branca) / 2ª Usuário (Verde) Obs.: Todas as demais vias desta Declaração de Saúde devem ser rubricadas.

ANS Nº 319996

# Declaração de Saúde e Aditivo de Cobertura Parcial Temporária

Proposta Nº

**Continuação**

**4)** A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o proponente saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o proponente será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em tiver recebido comunicação ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.
**5)** Caso tenha sido declarada alguma doença ou lesão preexistente, seu Plano de Saúde estará sujeito a Cobertura Parcial Temporária, conforme disposto no aditivo de Cobertura Parcial Temporária, constante nesta declaração de saúde e que faz parte integrante do contrato.
Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde, tendo prestado informações completas e verídicas.
Concordo em que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato do plano a ser celebrado com a operadora, ficando a mesma autorizada a utilizá-la em qualquer época no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional.
Declaro ainda que, tenho pleno conhecimento de que declarações não verdadeiras, incompletas e que qualquer omissão, em relação a mim e meus dependentes caracteriza comportamento fraudulento, sujeitando-me as penalidades legais cabíveis.
Para comprovação das declarações prestadas, autorizo, antecipadamente que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas, prestem à Contratada todas as informações sobre o meu estado de saúde e moléstias que possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-os desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.
Condições de preenchimento:
( ) Declaro que fui orientado por médico cooperado da Unimed.
( ) Declaro que fui orientado por médico particular, arcando com os custos correspondentes.
( ) Declaro que não utilizei um médico orientador para a entrevista qualificada, por considerar que tenho conhecimento suficiente para responder as perguntas, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

Assinatura do titular: _____

Médico orientador: _____

*Assinatura e carimbo com CRM*

_____, _____ de _____ de _____

*(local e data)*

Obs.: Todas as demais vias desta Declaração de Saúde devem ser rubricadas.

**Vias:** 1ª Unimed (Branca) / 2ª Usuário (Verde)

ANS Nº 319996