



☐ Pessoa Física
☐ Pessoa Jurídica

FIC - Formulário de Inscrição Cadastral

Nº Proposta de Adesão

CPF | CNPJ:

Cód. Empresa:

Nome | Razão Social:

Inclusão

☐ Titular

☐ Dependente

Data Admissão:

PLANOS E ACOMODAÇÃO				<input type="checkbox"/> Sem Coparticipação	<input type="checkbox"/> Com Coparticipação
MUNICIPAL		ESTADUAL		NACIONAL	MATRÍCULA
<input type="checkbox"/> Fácil - Quarto Coletivo	<input type="checkbox"/> Equilíbrio - Quarto Coletivo	<input type="checkbox"/> Essencial - Quarto Coletivo		<input type="checkbox"/> Uniplan - Quarto Coletivo	
<input type="checkbox"/> Pleno - Quarto Coletivo	<input type="checkbox"/> Equilíbrio - Quarto Individual	<input type="checkbox"/> Essencial - Quarto Individual		<input type="checkbox"/> Uniplan - Quarto Individual	
<input type="checkbox"/> Pleno - Quarto Individual	<input type="checkbox"/> Udiplan - Quarto Coletivo	<input type="checkbox"/> Pontual - Quarto Coletivo			
<input type="checkbox"/> Unimed Mais - Quarto Coletivo	<input type="checkbox"/> Udiplan - Quarto Individual	<input type="checkbox"/> Pontual - Quarto Individual			
TITULAR					
Nome completo do Titular: _____ Data Nasc.: _____ Sexo: _____					
Est. Civil¹: _____ Nome Completo da Mãe: _____ Nacionalidade: _____					
UF Naturalidade: _____ Cidade Naturalidade: _____ ENDEREÇO CEP: _____ Cidade: _____					
UF: _____ Logradouro: _____ Número: _____ Complemento: _____					
Bairro: _____ Fone: _____ Celular: _____ e-mail: _____					
DOCUMENTOS CPF: _____ RG: _____ Órgão Emissor RG: _____ Data Emissão RG: _____					
Declaração de Nascido Vivo: _____ Cartão Nacional de Saúde (CNS): _____					
DADOS DOS DEPENDENTES / AGREGADOS - (OBRIGATÓRIO NOME COMPLETO E CPF PARA MAIORES DE 16 ANOS)					
1	Nome comp. do Dependente: _____ Est. Civil¹: _____				
	CPF: _____ RG: _____ Órgão Exp.: _____ Cartão Nac. de Saúde (CNS): _____				
	Celular Dependente: _____ Data Nasc.: _____ Sexo: _____ Parentesco²: _____				
	Nome Completo Mãe Dependente: _____				
2	Nome comp. do Dependente: _____ Est. Civil¹: _____				
	CPF: _____ RG: _____ Órgão Exp.: _____ Cartão Nac. de Saúde (CNS): _____				
	Celular Dependente: _____ Data Nasc.: _____ Sexo: _____ Parentesco²: _____				
	Nome Completo Mãe Dependente: _____				
3	Nome comp. do Dependente: _____ Est. Civil¹: _____				
	CPF: _____ RG: _____ Órgão Exp.: _____ Cartão Nac. de Saúde (CNS): _____				
	Celular Dependente: _____ Data Nasc.: _____ Sexo: _____ Parentesco²: _____				
	Nome Completo Mãe Dependente: _____				
4	Nome comp. do Dependente: _____ Est. Civil¹: _____				
	CPF: _____ RG: _____ Órgão Exp.: _____ Cartão Nac. de Saúde (CNS): _____				
	Celular Dependente: _____ Data Nasc.: _____ Sexo: _____ Parentesco²: _____				
	Nome Completo Mãe Dependente: _____				
ENDEREÇO RESIDENCIAL - (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)					
CEP: _____ End Residencial: _____ Nº: _____					
Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____					
LEGENDA					
1 - Estado Civil (1) Solteiro (2) Casado (3) Companheiro (4) Separado / Divorciado (5) Viúvo			2 - Parentesco (1) Cônjuge (2) Companheiro(a) (3) Filhos (4) Filho agregado (maior)		
PRINCIPAIS CONDIÇÕES DA ADESÃO (LEIA ATENTAMENTE)					
1. Ao preencher e assinar o Formulário de Inscrição Cadastral, recebi todas as informações sobre meus direitos e obrigações inerentes ao plano de assistência à saúde contratado, em meu benefício e de meus dependentes.					
2. Tenho ciência e estou de acordo com os prazos de carências estabelecidos no momento da contratação, não tendo nenhuma dúvida quanto à sua aplicação.					
3. Tenho ciência e estou de acordo que eventuais reduções ou isenções dos prazos de carência, ocorridas em função de plano anterior, poderão ser aplicadas a todas ou apenas parte das coberturas contratadas, a toda família ou alguns dependentes, e que em nenhuma hipótese alterar as demais cláusulas contratuais.					
4. É obrigatório informar o CPF para todos os dependentes, menor ou maior de idade.					
5. Fica a empresa, identificada anteriormente, investida por mim de plenos poderes de representação perante a operadora.					

Local e Data:

Assinatura Titular ou Representante Legal:

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. A Declaração de Saúde consiste no preenchimento do formulário abaixo para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que você saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual.
2. Você tem o direito de preencher esta Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por pessoa responsável pelo processo na Unimed Uberlândia, sem qualquer ônus. Caso você opte por ser orientado por profissional médico de sua escolha, poderá fazê-lo, desde que você se responsabilize pelos honorários médicos deste profissional.
3. Conforme disposto no RN 162 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, define-se como: a) 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;
4. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, conhecida por você e não declarada neste formulário, pode acarretar consequências previstas na legislação, de rescisão contratual e de responsabilidades por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso estes fatos venham a ser comprovados junto à ANS.
5. Às doenças ou lesões declaradas nesta Declaração de Saúde é oferecida Cobertura Parcial Temporária – CPT pela Unimed Uberlândia, de acordo com o prazo e as condições de suspensão de cobertura, conforme descrito no item 3.

NOME DO TITULAR (OBRIGATORIAMENTE NOME COMPLETO):

DEVE SER PREENCHIDO PELO TITULAR E REPRESENTANTE LEGAL				Assinale com “S”(Sim) ou “N”(Não)			
		Titular	Dependentes / Agregados				
			1	2	3	4	
1	Encontra-se atualmente com algum problema de saúde?						
2	Sofre de Doenças Neurológicas ou Psiquiátricas? (Parkinson, Epilepsia, Alzheimer, Depressão, Esquizofrenia, outras)?						
3	Sofre de Doenças Oculares? (Catarata, Glaucoma, Ptose Palpebral, Pterígeo, Miopia, Astigmatismo, Hipermetropia, Estrabismo, outros)?						
4	Sofre de Doenças de Ouvido, Nariz ou Garganta? (Adenóide, Desvio de Septo, Amigdalite, Sinusite, outras)?						
5	Sofre de Doenças Endócrinas? (Diabetes, Doenças da Tireóide, Doenças da Hipófise, Distúrbio de Crescimento, Obesidade, outros)?						
6	Sofre ou sofreu Doenças da Pele?						
7	Sofre ou sofreu Doenças do Aparelho Respiratório? (Pneumonia, Asma, Bronquite, Enfisema, Bronquiestasia, outras)?						
8	Sofre ou sofreu Doenças Cardiovasculares? (Hipertensão, Doenças Cardíacas, Valvulopatias, Chagas, Varizes, Angioplastia, Pontes de Safena e Mamária, outras)?						
9	Sofre ou sofreu de Doenças do Aparelho Digestivo? (Gastrite, Refluxo Gastro Esofágico, Úlcera, Cálculo na Vesícula Biliar, Hemorragia Digestiva, Hemorroidas, outras)?						
10	Sofre ou sofreu de Doenças do Aparelho Gênito Urinário? (Infecção de Urina, Cálculo Renal, Insuficiência Renal, Incontinência Urinária, Doenças da Próstata, outros)?						
11	Sofre ou sofreu de Doenças do Sangue, Reumatológicas, dos Ossos, dos Músculos, das Articulações, dos Ligamentos e outras?						
12	Sofre ou sofreu de Doenças Infectocontagiosas? (HIV, Hepatite, Malária, Tuberculose e outras)?						
13	Sofre ou sofreu de Câncer ou realizou algum tratamento relacionado? (Quimioterapia ou Radioterapia).						
14	Sofre ou sofreu de Hérnia, Má Formação Congênita, Acidente Grave com sequelas ou próteses/orteses?						
15	Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos: Filhos (parto normal ou cesárea), Doenças do Útero, Ovário ou Mama (miomas, sangramentos, outros)						
16	Tem alguma Deficiência de Órgãos, Membros ou Sentidos?						
17	Informar Peso:	Titular	Dep./Agr.(1)	Dep./Agr.(2)	Dep./Agr.(3)	Dep./Agr.(4)	
18	Informar Altura:	Titular	Dep./Agr.(1)	Dep./Agr.(2)	Dep./Agr.(3)	Dep./Agr.(4)	

OBS:_____

Item (pergunta)	Tit./Nº do dependente/agregado	Data/evento – Descrição/Esclarecimento/CID	Uso da operadora

Eu, proponente titular, declaro que:

Entendi o conteúdo das informações importantes e de todas as perguntas da Declaração de Saúde, e dispensei orientação médica para respondê-las, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas. Aceitei oferta de Cobertura Parcial Temporária – CPT em relação às doenças e lesões declaradas neste documento. Autorizo a operadora a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, exames, prontuários e informações necessárias para a elucidação de qualquer assunto que se relacione com a presente Declaração de Saúde. As informações de saúde relativas a mim e a meu(s) dependente(s)/agregado(s) são verdadeiras e completas, e foram espontaneamente fornecidas, estando ciente de que a omissão de fatos e/ou o preenchimento incorreto desta declaração poderá acarretar as consequências previstas na legislação de rescisão contratual e de responsabilidade do beneficiário por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso venha a ser comprovada junto à ANS.

Nos termos do artigo 16 da Lei nº 9.656/98 e observada a Súmula 27 da ANS, tenho ciência de que a Unimed Uberlândia reserva-se o direito de exigir a realização de entrevista médica qualificada como condição de aceitação desta contratação, em especial para as hipóteses de conflito entre as informações constantes no item 11 em relação ao peso e altura informados na Declaração de Saúde, de forma a esclarecer o conhecimento ou não quanto à patologia de obesidade mórbida.

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 a doença ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para 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 dessa opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problemas 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 e 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 será 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: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF