

# Proposta de Adesão

nº

Contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão.

Estipulante: Safe Life Administradora de Benefícios Ltda. CNPJ: 14.452.934/0001-79

Entidade (Pessoa Jurídica):

DATA DE INÍCIO DA VIGÊNCIA

/ / / / /

**PROONENTE TITULAR**

Nome Completo <b>Ingrid Teixeira Pires</b>						Data de Nascimento 04/07/1999
Nome Completo da Mãe <b>Lucia Teixeira</b>			Nome Completo do Pai <b>Sidnei Pires</b>			
Sexo Mas <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>	Estado Civil <b>Solt.</b>	Naturalidade <b>URSS</b>	RG <b>16564592</b>	Orgão Emissor <b>SS</b>	CPF <b>16565625</b>	
Endereço Residencial <b>Rua das Lágrimas</b>			Nº <b>888</b>	Complemento <b>Casa</b>		
Bairro <b>Vila Dolosa</b>			Cidade <b>São Paulo</b>	UF	CEP <b>14959-55</b>	
Fone Celular <b>8956785</b>	Fone Residencial	E-mail: <b>ingrid@email.com</b>				
Número PIS/PASEP <b>15364847265</b>			Profissão/Formação <b>programer</b>			Data de Admissão 12/02/2020
Nº do Cartão Nacional de Saúde <b>5465325749555</b>			DN Declaração de Nascido Vivo*			*Para nascidos a partir de 01/01/2010

**DEPENDENTE**

Dep. 1	Nome				RG	Orgão Emissor
Data de Nascimento ____/____/_____		CPF	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil	Parentesco	
Nome Completo da Mãe			Nome Completo do Pai			
PIS/PASEP		Nº do Cartão Nacional de Saúde			DN - Declaração de Nascido Vivo*	

**DEPENDENTE**

Dep. 2	Nome				RG	Orgão Emissor
Data de Nascimento ____/____/_____		CPF	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil	Parentesco	
Nome Completo da Mãe			Nome Completo do Pai			
PIS/PASEP		Nº do Cartão Nacional de Saúde			DN - Declaração de Nascido Vivo*	

**DEPENDENTE**

Dep. 3	Nome				RG	Orgão Emissor
Data de Nascimento ____/____/_____		CPF	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil	Parentesco	
Nome Completo da Mãe			Nome Completo do Pai			
PIS/PASEP		Nº do Cartão Nacional de Saúde			DN - Declaração de Nascido Vivo*	

**DEPENDENTE**

Dep. 4	Nome				RG	Orgão Emissor
Data de Nascimento ____/____/_____		CPF	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil	Parentesco	
Nome Completo da Mãe			Nome Completo do Pai			
PIS/PASEP		Nº do Cartão Nacional de Saúde			DN - Declaração de Nascido Vivo*	

\*Para nascidos a partir de 01/01/2010

## OPÇÕES DE PLANO DE SAÚDE - COLETIVO POR ADESÃO

Opção Individual	Planos	Código ANS	Abrangência Geográfica	Segmentação assistencial	Acomodação Hospitalar
<input type="checkbox"/>	BÁSICO AD	481.482/18-7	Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Enfermaria - (Coletivo)
<input type="checkbox"/>	EXECUTIVO-CA	434.357/01-3	Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Enfermaria - (Coletivo)
<input type="checkbox"/>	PLENO ADE	473.674/15-5	Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Enfermaria - (Coletivo)
<input type="checkbox"/>	PLENO ADA	473.675/15-3	Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Apartamento
<input type="checkbox"/>	MASTER ADE	475.579/16-9	Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Enfermaria - (Coletivo)
<input type="checkbox"/>	MASTER ADA	475.760/16-2	Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Apartamento

## OPÇÕES DE PLANO DE SAÚDE - COLETIVO POR ADESÃO

Opção Familiar	Planos	Código ANS	Abrangência Geográfica	Segmentação assistencial	Acomodação Hospitalar
<input type="checkbox"/>	BÁSICO AD	481.482/18-7	Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Enfermaria - (Coletivo)
<input type="checkbox"/>	EXECUTIVO-CA	434.357/01-3	Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Enfermaria - (Coletivo)
<input type="checkbox"/>	PLENO ADE	473.674/15-5	Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Enfermaria - (Coletivo)
<input type="checkbox"/>	PLENO ADA	473.675/15-3	Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Apartamento
<input type="checkbox"/>	MASTER ADE	475.579/16-9	Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Enfermaria - (Coletivo)
<input type="checkbox"/>	MASTER ADA	475.760/16-2	Grupo de Municípios	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Apartamento

## VALOR POR PROPONENTE

	Idade	Valor em R\$	ATENÇÃO:
Titular	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Os valores indicados ao lado sofrerão alterações 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, observando o disposto no item 18 da página 5/14 desta Proposta. O valor total deverá ser pago mensalmente.
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"/>	
<b>Valor total em R\$</b>			

## REEMBOLSO

Opção de conta-corrente bancária do proponente titular ou de seu responsável financeiro (no caso de menores ou incapazes), para depósito de reembolso pela Operadora, exclusivamente nos casos previstos nas condições contratuais de cada plano:

Nº do Banco	Nome do Banco	Nº da agência	DV	Nº da conta-corrente	DV
<input type="text"/>					

## TAXA DE ANGARIAÇÃO

A taxa de angariação é devida ao angariador desta proposta no ato de sua assinatura, por conta da intermediação da contratação do(s) benefício(s).

Declaro que tenho ciência que a cobrança da taxa de angariação, **cujo valor é diverso do valor mensal do(s) benefício(s) contratado(s)**, NÃO se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento da primeira mensalidade, bem como, **tenho ciência que o início da vigência do(s) meu(s) benefício(s) é a data indicada no campo “Início da vigência do(s) benefício(s)”, na página 1, da presente Proposta.**

# Proposta de Adesão

nº

Contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão.

**RESPONSÁVEL FINANCEIRO**

Nome do Responsável: (em caso de proponente titular menor de 18 anos).				RG	Orgão Emissor
Data de Nascimento ____/____/_____	CPF _____/_____/_____	Sexo Mas <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	Estado Civil	Parentesco	
Endereço Residencial				Nº	Complemento
Bairro		Cidade		UF	CEP

**ADESÃO | VIGÊNCIA | VENCIMENTO**

Data de Adesão	Data da Vigência	Vencimento do Boleto Bancário
1 a 15	Dia 1º do 1º mês subsequente	Todo dia 01 de cada mês
16 a 31	Dia 15 do 1º mês subsequente	Todo dia 15 de cada mês

**GRUPO DE MUNICÍPIOS PLANO BÁSICO**

São Paulo e Osasco

**GRUPO DE MUNICÍPIOS PLANOS EXECUTIVO, PLENO E MASTER**

São Paulo, Caeiras, Diadema, Guarulhos, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e Suzano.

**AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DE INFORMAÇÕES**

- Desejo receber informações sobre o benefício contratado, bem como mensagens com ofertas de novos serviços e benefícios, disponibilizadas 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

DATA

ASSINATURA DO PROPONENTE TITULAR  
(ou responsável caso o titular seja menor de 18 anos)
**DECLARAÇÃO DO AGENCIADOR / CORRETOR**

Orientei o Beneficiário Titular sobre o presente Benefício e esclareci sobre o conteúdo das Condições Gerais do Contrato.

Nome do Agenciador(a)

DDD - Telefone _____/_____/_____	E-mail ____@_____	CPF do Agenciador(a) _____/_____/_____
-------------------------------------	----------------------	-------------------------------------------

Assinatura do Agenciador

Nome do Supervisor

Nome Gerente Comercial _____/_____/_____	CPF do Supervisor _____/_____/_____
---------------------------------------------	----------------------------------------

Carimbo da Corretora:

Nome da Corretora

Cód. Corretora ou _____/_____/_____	ou _____/_____/_____
-------------------------------------------	-------------------------

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 minha **proposta de adesão** ao Contrato de Cobertura de Despesas com Assistência a Saúde coletivo por adesão, celebrado entre a **SAFE LIFE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA - CNPJ 14.452.934/0001-79. ANS: 41.843-9** (a administradora) e **AMEPLAN ASSITÊNCIA MÉDICA PLANEJADA LTDA CNPJ 67.839.969/0001-21. ANS: 39.473-4** (a operadora ) é destinada à população que mantenha vínculo com a Entidade, que é a Pessoa Jurídica indicada na página 1 desta **proposta de adesão**.
2. A minha aceitação e a de meus dependentes estão condicionadas à aprovação prévia da **SAFELIFE** e da **AMEPLAN Saúde** que poderão, ainda, a qualquer momento, requisitar a apresentação de documentação comprobatória referente às informações ora declaradas, bem como a comprovação do vínculo com a **Entidade**.
3. Somente serão aceitos como dependentes meu cônjuge ou companheiro (a), filhos(as) naturais ou adotivos solteiros menores de 21 anos, filhos(as) maiores até 24 anos que comprove participação em curso de nível superior, filhos(as) incapazes ou inválidos, enteado(a) equiparado legalmente ao filho(a) e tutelado(a).
4. Mantendo vínculo com a **Entidade** indicada na página 1 desta **proposta de adesão**, sendo que a documentação comprobatória desse vínculo está sendo entregue por mim ao(a) angariador(a), no ato da assinatura desta, para que seja conferida pela **Administradora de Benefícios**, podendo esta **proposta** ser recusada em razão da falta de minha elegibilidade.
5. Conheço os termos do Contrato Coletivo por Adesão da **AMEPLAN Saúde**, bem como os aditivos e tabelas de preços, os quais foram aceitos sem reserva, e passam a fazer parte integrante desta **proposta de adesão**.
6. Poderei desistir desta **proposta de adesão**, 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.
7. Após a aceitação desta **proposta**, o **Benefício** terá início na data indicada no campo “início de vigência” na página 1, e tanto eu quanto meu(s) dependente(s) indicado(s) passaremos a ser considerados “**Beneficiário**”.
8. Tenho conhecimento de que a data-limite para alterações, inclusões, exclusões e cancelamento do Plano de Saúde estipulado pela **SAFELIFE Administradora de Benefícios** será até o dia **15 (quinze)** para beneficiários com vigência dia **1º** e dia **31** para beneficiários com vigência **15**, enviando solicitações por escrito, bem como devo informar eventual perda da minha elegibilidade na **Entidade**, a qual tenho ciência que é motivo de cancelamento.
9. Poderei solicitar o cancelamento do benefício à **SAFELIFE Administradora de Benefícios**, de acordo com as normas da legislação em vigor e observadas às condições constantes do Manual do Beneficiário. O benefício poderá ser cancelado pela **Administradora de Benefícios** no caso de perda da minha elegibilidade ou pela falta de pagamento do valor mensal do benefício até o último dia da vigência referente ao mês pago, mediante comunicado prévio. A vigência do benefício não se confunde com a data de vencimento de seu pagamento, prevalecendo, para efeito de cancelamento, o período de vigência mensal.
10. O contrato coletivo firmado entre a **Administradora de Benefícios** e a **Operadora**, contrato que passarei a integrar, vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, podendo ser renovado, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, no prazo de 60(sessenta) dias, de qualquer das partes, seja pela **Administradora de Benefícios** ou pela **Operadora**. A vigência do benefício indicada na página 1 desta Proposta não confunde com a vigência do contrato coletivo. Em caso de rescisão desse contrato coletivo, a **Administradora de Benefícios** me fará a comunicação desse fato em prazo não inferior a 30(trinta) dias.
11. “A perda de qualidade de Beneficiário dar-se-á em um dos seguintes casos: Titular a) rescisão deste Contrato; b) constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente; c) solicitação expressa do beneficiário Titular à Contratante (que deverá ser processado de imediato, conforme RN 412), ou qualquer outra condição de perda da condição de elegibilidade prevista neste contrato; d) exclusão do Beneficiário Titular do Contrato; e) contatação de fraude praticada pelo Beneficiário Dependente, apurada de acordo com a legislação vigente; f) falecimento do titular”.

**12.** No caso de cancelamento do benefício, devolverei imediatamente à **SAFELIFE 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.

**13.** Poderei postular nova adesão ao benefício, após ser feita nova análise e aceitação das condições de minha elegibilidade e após ter quitado eventuais débitos anteriores. A nova adesão poderá estar sujeita ao cumprimento de novos prazos de carência parciais ou totais, de acordo com as normativas da legislação em vigor.

**14.** A mensalidade deverá ser paga até o vencimento ou até o último dia útil do mês de vigência com 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, sob pena de cancelamento do contrato por inadimplência, independentemente de notificação prévia, devendo ser adimplidas as mensalidades em aberto, nos termos e condições previamente ajustados, bem como reconheço que o valor das mensalidades vencidas constitui dívida líquida certa e exigível, caracterizando título extrajudicial, podendo a **SAFELIFE Administradora de Benefícios** proceder à sua cobrança por execução judicial, sem prejuízo das demais sanções previstas neste contrato, como a inscrição do nome do beneficiário titular nos órgãos de proteção ao crédito (**SPC e SERASA**).

**15.** Os boletos para pagamento da mensalidade do Plano de Saúde serão enviados pela **SAFELIFE Administradora de Benefícios** por correspondência simples ao endereço informado na proposta de adesão, bem como por e-mail, ficando certo de que, caso não receba o referido boleto bancário em até 3(três) dias antes do seu vencimento, deverei retirar a segunda via pelo site: [www.safelife.com.br](http://www.safelife.com.br) ou entrar em contato no telefone: **(11) 3524-3100**.

**16.** A alegação de não recebimento dos boletos bancários não será, em hipótese alguma, pretexto para o não pagamento no vencimento da mensalidade, e, por consequência, liberação de multas e demais comunicações legais prevista no contrato.

**17.** As mensalidades serão cobradas mediante sistema de pré-pagamento, sendo certo que a não utilização dos serviços médico-hospitalares, objeto da presente contratação, por mim ou por meus dependentes não exonera do pagamento das mensalidades.

**18.** Independente da data de início da minha proposta de adesão, o contrato entre a **SAFELIFE Administradora de Benefícios** e a **AMEPLAN Saúde** sofrerá reajuste financeiro e por índice de sinistralidade no mês de **OUTUBRO** de cada ano e que o reajuste por mudança de faixa etária, ocorrerá quando o beneficiário (titular ou dependente) completar uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava, conforme tabela abaixo:

Faixas Etárias		Básico AD	Executivo CA	Pleno ADE	Pleno ADA	Master ADE	Master ADA
1 <sup>a</sup>	Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
2 <sup>a</sup>	19 a 23 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
3 <sup>a</sup>	24 a 28 anos	60,00%	60,00%	60,00%	60,00%	60,00%	60,00%
4 <sup>a</sup>	29 a 33 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5 <sup>a</sup>	34 a 38 anos	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%	20,00%
6 <sup>a</sup>	39 a 43 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
7 <sup>a</sup>	44 a 48 anos	39,00%	39,00%	39,00%	39,00%	39,00%	39,00%
8 <sup>a</sup>	49 a 53 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
9 <sup>a</sup>	54 a 58 anos	41,40%	41,40%	41,40%	41,40%	41,40%	41,40%
10 <sup>a</sup>	A partir de 59 anos	48,08%	48,08%	48,08%	48,08%	48,08%	48,08%

**19.** Também poderá ocorrer reajuste(s) em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela **ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar)**.

**20.** Me foi oferecido a contratação do plano **Referência**, de acordo com a **lei nº 9.656/98** e suas atualizações, mas que, optei pela contratação do plano definido no item **Opções de Planos de Saúde** assinalada na página **1 da proposta**.

**21.** Fica estabelecido o quadro de carências contratuais abaixo, que deverá ser observado para todas as opções de planos de assistência à saúde relacionados na página 1 desta proposta de adesão:

Item	Procedimento	Prazo
<b>G0 URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS</b>	Atendimentos nos casos de emergência ou de urgência, caracterizados nos termos do artigo 35-C, inciso I ou II, da Lei nº 9.656/98	<b>24 h</b>
<b>G1 EXAMES SIMPLES</b>	a)consultas médicas eletivas; b) exames realizados em regime ambulatorial de análises clínicas em bioquímica, hematologia, fezes, urina, radiologia simples (não contratada) e eletrocardiografia.	<b>30 Dias</b>
<b>G2 EXAMES ESPECIAIS</b>	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/eventos, realizados em regime ambulatorial: a)mamografia; b) teste ergométrico, holter e ultrassonografias; c)eletroencefalograma; d)exames de citologia oncoética(papanicolau), colposcopia e vulvoscopia; e)peniscopia.	<b>90 Dias</b>
<b>G3 EXAMES COMPLEXOS</b>	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/eventos, realizados em regime ambulatorial: a) demais exames de análises clínicas; b) cirurgias ambulatoriais de porte zero(com anestesia local) c)exames de anatomia patológica; d)endoscopia diagnóstica e cirúrgica(em todas as especialidades); e) provas de função pulmonar, líquor; f)exames angiográficos de Doppler, fluxometria e investigação vascular ultrassonica; g) eletroneuromiografia; h)densitometria óssea; i)exames radiológicos contrastados; j)fisioterapia; k)sessões de Psicoterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição; l)exames e testes oftalmológicos, alergológicos e otorrinolaringológicos.	<b>120 Dias</b>
<b>G4 EXAMES COMPLEXOS</b>	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito a: a) demais procedimentos diagnósticos e terapêuticos; b) internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos de alta complexidade, conforme definido no Rol de Procedimentos de cobertura Obrigatória da ANS–Agência Nacional dessaúde Suplementar, exceto os relacionados a DPLE(Doenças e Lesões Preexistentes); c) Diálise e Hemodiálise; d)Hemoterapia; e)procedimentos relacionados a planejamento familiar.	<b>180 Dias</b>
<b>G5 PARTO</b>	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, a Beneficiária, titular ou dependente, adquire o direito à cobertura de partos a termo.	<b>300 Dias</b>

\*Para os casos de urgência não resultantes de acidente pessoal, estando o beneficiário em carência para o procedimento a ser realizado, haverá cobertura em ambiente ambulatorial apenas as primeiras **12(doze)** horas do atendimento, não se garantindo portanto, cobertura para internação.

**22.** Havendo na “**Declaração de Saúde**” a informação de doença(s) ou lesão(es) preexistente(s), poderá ser aplicada pela(s) Operadora(s) a Cobertura Parcial Temporária (**CPT**), a qual admite, por um período ininterrupto de **24(vinte e quatro)** meses, contados a partir da data de início de 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).

**23.** As transferências de plano somente serão aceitas após ter sido completado um ano de vigência do Contrato, por ocasião de sua renovação, e, posteriormente, a cada 12 (doze) meses, durante o mês de aniversário do Contrato, desde que, em qualquer hipótese, a Contratante e o Beneficiário estejam em dia com suas obrigações contratuais.

**23.1.** Nas transferências de plano não poderá haver exclusão de dependentes incluídos no Contrato.

**23.2.** Nos casos em que o beneficiário esteja em cumprimento de prazos carências, os prazos restantes deverão ser cumpridos na vigência contratual do Plano para o qual tenha ocorrido a transferência.

**23.3.** Nos casos em que o beneficiário, titular ou dependente, esteja em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária - CPT, o prazo restante deverá ser cumprido na vigência contratual do Plano para o qual tenha ocorrido a transferência.

**23.4.** Nos casos em que, no Plano para o qual tenha ocorrido a transferência, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do Plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, deverão ser cumpridos períodos de carências, limitados a 180 (cento e oitenta) dias, para a aquisição do direito de utilização da parcela adicional de cobertura representada por esses profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde acrescidos, ou apenas em relação a esse melhor padrão de acomodação, limitados a 180 (cento e oitenta) dias.

**24.** Assumo a responsabilidade das declarações feitas, livre e espontaneamente, na qualidade de responsável pelos beneficiários incluídos e a obrigação pelo pagamento das mensalidades e o cumprimento das demais obrigações integrantes dos benefícios que agora subscrevo.

**25.** Comprovada a omissão de informações sobre doença ou lesões preexistente, a operadora e administradora poderão solicitar abertura de processo administrativo na ANS, e rescindir o contrato por fraude, nos termos do art. **13 da Lei nº 9.656/98**, responsabilizando o beneficiário titular pelos procedimentos realizados referentes a doença ou lesão não declarada.

LOCAL

DATA

/ /

ASSINATURA DO PROPONENTE TITULAR  
(ou responsável caso o titular seja menor de 18 anos)

## CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

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, cotados 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 e 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 preexistente.

**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 a 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 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](http://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](http://www.ans.gov.br) – Perfil Beneficiário.

**Usuário**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
LOCAL DATA

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Intermediário entre a  
operadora e o beneficiário**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
LOCAL DATA

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

*De acordo com Lei 9.656/98, Resoluções Normativas – RN/ANS nº 162/07 e alterações posteriores e Rol de Procedimentos vigente editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.*

## **INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

- 1-** A Carta de Orientação ao Beneficiário deve estar localizada em página imediatamente anterior a este documento e a sua leitura é imprescindível, uma vez que visa orientar o consumidor no preenchimento deste formulário.

**2-** Esta Declaração de Saúde deverá ser obrigatoriamente preenchida pelo próprio consumidor proponente, ou seu responsável, no caso de menor de idade, ainda que assistidos por Médico Orientador.

**3-** No preenchimento dessa declaração, o consumidor proponente tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora (médico orientador), ou por um de sua confiança, caso em que a despesa com honorários será de sua responsabilidade.

**4-** Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são 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 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na RN nº 162/07 e alterações posteriores.

**5-** 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.

**6-** Agravo é 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, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

**7-** A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor proponente e quaisquer de seus dependentes saibam ser portadores no momento do preenchimento desta declaração, acarretará em suspensão ou cancelamento do contrato. Quando efetivada sua inclusão no plano, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão preexistente conhecida e não declarada, caso esta venha a ser comprovada junto à ANS. Até a decisão da ANS, não haverá suspensão do contrato, nem do atendimento.

**8-** Após avaliação da Declaração de Saúde, a Operadora poderá solicitar ao consumidor proponente e para cada um de seus dependentes, a realização de uma perícia médica, com consulta e exames complementares, realizada por um médico-perito, a ser escolhido pela Operadora.

**9-** Caso seja decidido pela realização da perícia médica, será de responsabilidade da Operadora:

**a)** Agendar horário para a perícia médica (o proponente deverá levar consigo sua respectiva Declaração de Saúde devidamente preenchida); e

**b)** Todas as despesas decorrentes com honorários médicos e exames.

## **INFORMAÇÕES SOBRE SUA SAÚDE E/OU DE SEUS DEPENDENTES**

Antes de responder ao questionário, informe se este está sendo preenchido com a presença de médico orientador:

- Sim, médico da Operadora.  Sim, médico particular de minha escolha.  
 Não, eu dispensei a presença de médico orientador.

**IMPORTANTE:** Em caso afirmativo, o próprio MÉDICO deverá registrar no campo abaixo, de próprio punho, que '*o preenchimento conta com a sua presença como médico orientador*'. Além disso, este deverá assinar e informar o seu CRM:

ITEM	<b>Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para respostas afirmativas e (N) para negativas.</b>	PROPONENTES				
		Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
1	Doenças cardíacas (coração grande, pressão-alta, arritmias, entre outros)? Especificar					
2	Doenças Vasculares (varizes, trombose, hemorróidas, aneurisma, má circulação, derrames, entre outros)? Especificar					
3	Doenças endócrinas e metabólicas (diabetes, tireóide, obesidade mórbida, entre outros)? Especificar					
4	Doenças respiratórias (asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, entre outros)? Especificar					
5	Doenças gastro intestinal (gastrite, esofagite, hemorróidas, fistulas, alterações no fígado, pâncreas, vesícula biliar , entre outros)? Especificar					
6	Hérnias (hiato, inguinal, incisionais, entre outros)? Especificar.					
7	Doenças do aparelho urinário (cálculos, infecções renais, cistites, insuficiência renal, incontinência urinária, entre outros)? Especificar.					
8	Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, testículos, fimose, infertilidade, entre outros)? Especificar.					
9	Doenças ginecológicas e das mamas (nódulos de mama, cisto de ovário, mioma, endometriose, sangramento, infertilidade, entre outros)? Especificar.					
10	Doenças do sangue (anemias, leucemias, hemofilia, linfomas, entre outros)? Especificar.					
11	Tumorações malignas ou benignas (câncer, tumores, nódulos, entre outros)? Especificar (ex. do aparelho digestivo, pele, mama, útero, tireóide, linfoma, etc.)					
12	Doenças reumáticas (artrite, febre reumática, lúpus, entre outros). Especificar					
13	Doenças neurológicas (paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, crise convulsiva, AVC, entre outros)? Especificar					
14	Doenças de pele (psoríase, câncer de pele, hiperidrose/sudação excessiva, entre outros)? Especificar					
15	Doenças infectocontagiosas (AIDS ou é portador do vírus HIV, hepatite, tuberculose, entre outros)? Especificar					
16	Problemas ortopédicos (artrose, hérnias de disco, problemas de coluna, dores no quadril e joelho, fraturas, osteoporose, tendinite, entre outros)? Especificar					
17	Doenças congênitas ou hereditárias (síndrome de down, cardiopatia congênita, lábio leporino, entre outros)? Especificar					
18	Doenças oftalmológicas (catarata, glaucoma, miopia, astigmatismo, estrabismo, alteração na retina entre outros)? Especificar					
19	Doenças dos ouvidos, nariz e garganta (amigdalite, diminuição da audição, tumores, desvio de septo, adenóide, otite, sinusite, entre outros)? Especificar.					
20	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar, Especificar ansiedade, entre outros)?					
21	Dependência química (cigarro, álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outros)?					
22	Realiza ou realizou diálise ou hemodiálise? Especificar					
23	Realiza ou realizou quimioterapia, branquiterapia ou radioterapia? Especificar					
24	Possui marcapasso?					
25	Possui prótese(s) (pinos, placas, parafusos, entre outros)? Especificar					

		PROPONENTES				
ITEM	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para respostas afirmativas e (N) para negativas.	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
26	Já foi internado alguma vez ou foi submetido a alguma cirurgia ou tratamento não mencionado acima? Especificar .					
27	Tem algum tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado para os próximos meses?					
28	Sofre de alguma doença ou faz algum tratamento não mencionado ou NÃO DESCrito acima? Especificar .					
29	<b>TITULAR:</b> Peso ____ kg Altura ____ m ____ cm <b>Dep. 1:</b> Peso ____ kg Altura ____ m ____ cm <b>Dep. 2 :</b> Peso ____ kg Altura ____ m ____ cm <b>Dep. 3:</b> Peso ____ kg Altura ____ m ____ cm <b>Dep. 4:</b> Peso ____ kg Altura ____ m ____ cm					

Com opção de C.P.T.  ou AGRAVO  (Opção pelo AGRAVO está sujeita aos requisitos previstos pelo contrato).

**Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos acima, indique abaixo o item, especificação e promonente.**

Item	Especificação	Proponente

Sofreu de alguma doença que o tenha obrigado a submeter-se a tratamento clínico ou cirúrgico cirúrgico e ou exames? Especifique abaixo.

Este campo é destinado a comentários e informações a respeito das questões formuladas que você, declarante, ache importante registrar.

Declaro para todos os fins que as informações acima prestadas são verdadeiras, nos termos previstos no art. 5º da RN nº162/07 e autorizo o uso e verificação de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins médico-legais.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

© 2013 Pearson Education, Inc.

Nome do Proponente Titular

Este Aditivo de Redução de Carências é parte integrante da Proposta acima referida e visa conceder prazos de carência reduzidos, exeto para parto a termo e doença(s) e lesão(ões) preexistente contados a partir do início de vigência do benefício, aos beneficiários elegíveis a essa redução. Para que o proponente seja elegível à redução de carências, devem ser respeitadas as condições a seguir:

## TABELA PROMOCIONAL DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Item	Contratual	90 a 150 dias no plano anterior	151 a 180 dias no plano anterior	181 a 210 dias no plano anterior	Acima de 210 dias no plano anterior
G0	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
G1	30 dias	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
G2	90 dias	60 dias	60 dias	30 dias	30 dias
G3	120 dias	90 dias	90 dias	60 dias	60 dias
G4	180 dias	160 dias	120 dias	120 dias	90 dias
G5	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

## **DESCRIÇÕES DA TABELA PROMOCIONAL:**

- **Contratual:** Beneficiários com idade igual ou maior que 59 anos.
  - **Tabela de Redução de Carências:** Beneficiários com idade até 58 anos, 11 meses e 29 dias.
  - **90 a 150 dias:** Tempo em que os Beneficiários permaneceram no plano anterior.
  - **151 a 180 dias:** Tempo em que os Beneficiários permaneceram no plano anterior.
  - **181 a 210 dias:** Tempo em que os Beneficiários permaneceram no plano anterior.
  - **Acima de 210 dias:** Tempo em que os Beneficiários permaneceram no plano anterior.

Para efeito de aproveitamento de carências a **AMEPLAN Saúde** reserva-se no direito de aceitar apenas beneficiários oriundos de planos regulamentados e com permanência mínima comprovada em outra operadora/seguradora de plano de saúde.

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

**Proponente oriundo de Plano e ou Seguro Saúde Individual, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial:**

Serão aceitas as seguintes documentações para compra de carência.

As 3 (três) últimas parcelas (boletos) quitadas, com prazo inferior a 60 (sessenta) dias de inadimplência, carteirinha (cartão de identificação do beneficiário) do plano anterior ou carta de permanência da operadora/seguradora, contendo as informações: data de início da vigência do plano anterior, relação de dependentes, tipo de acomodação e data de término da cobertura.

**Relacionar no quadro abaixo qual proponente está apresentando documentação para análise de redução de carências:**

Proponente	Operadora Anterior	Tempo no Plano	Enfermaria ou Apartamento?
Titular			
Dependente 1			
Dependente 2			
Dependente 3			
Dependente 4			

**NÃO SERÃO REDUZIDAS AS CARÊNCIAS PARA:**

- Beneficiário oriundo de planos exclusivamente hospitalares;
- Beneficiário oriundo do sistema Nipomed, Sinam, Sinasa e similares;
- Beneficiário oriundo de planos não regulamentados;
- Beneficiário cuja a data do pagamento da última mensalidade no plano anterior seja superior a 60 (sessenta dias) da data de vigência constante na página 1 desta proposta de adesão **SAFELIFE**;
- Parto e doenças ou lesões preexistentes.

**Declaro estar de acordo com os termos deste aditivo em 2(duas) vias de igual teor. Estou ciente de que a possibilidade de redução de carências será analisada de forma individual para cada beneficiário e que está subordinada a análise e aprovação dos documentos por parte da operadora.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
LOCAL , DATA

ASSINATURA DO PROPONENTE TITULAR  
(ou responsável caso o titular seja menor de 18 anos)