

Contrato de Adesão

Proposta nº 41042178

Apólice de seguro-saúde, coletiva por adesão.

Início da vigência do benefício: 10 / 08 / 20 20	Entidade: SASPB	Matrícula (uso exclusivo da Administradora de Benefícios)
---	--------------------	---

PROPONENTE TITULAR

E-mail RENATAANDRADE1987@HOTMAIL.COM			
DDD + Telefone residencial ()		DDD + Telefone celular (21) 976397969	
DDD + Telefone comercial ()			
Nome completo RENATA DE ALMEIDA ANDRADE			
(continuação)		Nome da mãe completo GUARACIARA RIBEIRO DE ALMEIDA	
(continuação)			
Data de nascimento 08/09/1987	Sexo F	Estado civil Solteiro	Naturalidade (cidade, estado e país)
PIS/PASEP	RG 217433283	Órgão expedidor	CPF 120.426.077-03
Endereço residencial completo (endereço para cobrança <input checked="" type="checkbox"/>) Logradouro RUA ROCHEDO DE MINAS		CEP 23047600	Número 6
Complemento CASA 4	Bairro CAMPO GRANDE	Município RIO DE JANEIRO	UF RJ
Endereço comercial completo (endereço para cobrança <input type="checkbox"/>) Logradouro		CEP	Número
Complemento	Bairro	Município	UF
Profissão/formação SERVIDOR PÚBLICO		Cargo/função/ocupação EMPREGADO	
Nº de registro/inscrição na entidade		Nº de registro/inscrição no conselho regional/federal (quando aplicável)	
Nº do Cartão Nacional de Saúde		Nº da Declaração de Nascido Vivo*	

REPRESENTANTE LEGAL**

E-mail			
Nome completo			
CPF	RG	Órgão expedidor	Data de nascimento
Sexo	Estado civil	Grau de parentesco	DDD + Telefone celular ()

EMPRESA

Razão Social
CNPJ
Ramo de atividade
Sindicato

DEPENDENTES

1.	Nome completo RUAN SERVULO RODRIGUES DE SOUZA			
	Data de nascimento 20/09/2005	Sexo M	Estado civil Solteiro	Parentesco Filho(a)
	Nome da mãe completo RENATA DE ALMEIDA ANDRADE		CPF 219.196.437-02	
	PIS/PASEP	Nº do Cartão Nacional de Saúde	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	
2.	Nome completo REBECA RODRIGUES DE SOUZA			
	Data de nascimento 12/09/2010	Sexo F	Estado civil Solteiro	Parentesco Filho(a)
	Nome da mãe completo RENATA DE ALMEIDA ANDRADE		CPF 219.196.527-01	
	PIS/PASEP	Nº do Cartão Nacional de Saúde	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	

* Para nascidos a partir de 01/01/10.
** Em caso de menor ou incapaz.

jun/2020-00002

Contrato de Adesão

Proposta nº 41042178

Apólice de seguro-saúde, coletiva por adesão.

DEPENDENTES (continuação)

3.	Nome completo					
	Data de nascimento	Sexo	Estado civil	Parentesco	CPF	
	Nome da mãe completo					
	PIS/PASEP	Nº do Cartão Nacional de Saúde			Nº da Declaração de Nascido Vivo*	
4.	Nome completo					
	Data de nascimento	Sexo	Estado civil	Parentesco	CPF	
	Nome da mãe completo					
	PIS/PASEP	Nº do Cartão Nacional de Saúde			Nº da Declaração de Nascido Vivo*	
5.	Nome completo					
	Data de nascimento	Sexo	Estado civil	Parentesco	CPF	
	Nome da mãe completo					
	PIS/PASEP	Nº do Cartão Nacional de Saúde			Nº da Declaração de Nascido Vivo*	

* Para nascidos a partir de 01/01/10.

PLANO PRETENDIDO

Assinale abaixo, com um "X", o plano pretendido.

ATENÇÃO: verifique a disponibilidade do plano de saúde pretendido conforme a entidade indicada na página 1. Todos os dependentes serão cadastrados obrigatoriamente na mesma categoria de plano do proponente titular.

Assinale abaixo o plano pretendido	Planos	Mecanismo de regulação	Código ANS	Abrangência geográfica	Segmentação assistencial	Acomodação em internação	Múltiplo de reembolso de consultas médicas
PLANOS COM COPARTICIPAÇÃO							
<input type="checkbox"/>	DIRETO SP BCx Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Coparticipação*	485.080/20-7	Grupo de municípios ¹	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Coletiva	-
<input type="checkbox"/>	DIRETO SP BCx Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Coparticipação*	485.082/20-3	Grupo de municípios ¹	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	-
<input type="checkbox"/>	DIRETO SP II Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Coparticipação*	485.644/20-9	Grupo de municípios ¹	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Coletiva	-
<input type="checkbox"/>	DIRETO SP II Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Coparticipação*	485.641/20-4	Grupo de municípios ¹	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	-
<input type="checkbox"/>	DIRETO RIO II Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Coparticipação*	485.066/20-1	Grupo de municípios ²	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Coletiva	-
<input type="checkbox"/>	DIRETO RIO II Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Coparticipação*	485.067/20-0	Grupo de municípios ²	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	-
<input type="checkbox"/>	DIRETO CWB STc Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Coparticipação*	485.073/20-4	Grupo de municípios ³	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Coletiva	-

¹Produto exclusivo para São Paulo. A relação detalhada do Grupo de Municípios, está disposta no item 17 nas páginas 10 e 11

²Produto exclusivo para o Rio de Janeiro. A relação detalhada do Grupo de Municípios, está disposta no item 17 nas páginas 10 e 11

³Produto exclusivo para o Paraná. A relação detalhada do Grupo de Municípios, está disposta no item 17 nas páginas 10 e 11

*Os valores referentes à coparticipação estão descritos no item 9 das páginas 8 e 9.

Contrato de Adesão

Proposta nº 41042178

Apólice de seguro-saúde, coletiva por adesão.

PLANO PRETENDIDO (continuação)

Assinale abaixo o plano pretendido	Planos	Mecanismo de regulação	Código ANS	Abrangência geográfica	Segmentação assistencial	Acomodação em internação	Múltiplo de reembolso de consultas médicas
PLANOS COM COPARTICIPAÇÃO							
<input type="checkbox"/>	DIRETO CWB STc Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Coparticipação*	485.075/20-1	Grupo de municípios ³	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	-
<input type="checkbox"/>	DIRETO REC II Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Coparticipação*	485.636/20-8	Grupo de municípios ⁴	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Coletiva	-
<input type="checkbox"/>	DIRETO REC II Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Coparticipação*	485.651/20-1	Grupo de municípios ⁴	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	-
<input type="checkbox"/>	Exato Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Coparticipação*	476.942/16-2	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Coletiva	1,1**
<input type="checkbox"/>	Exato Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Coparticipação*	476.939/16-2	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	1,1**
<input type="checkbox"/>	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Coparticipação*	476.918/16-0	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Coletiva	2,4**
<input type="checkbox"/>	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Coparticipação*	476.914/16-7	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	2,4**
<input type="checkbox"/>	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Coparticipação*	476.936/16-8	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	2,9**
<input type="checkbox"/>	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Coparticipação*	476.936/16-8	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	3,4**
<input type="checkbox"/>	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Coparticipação*	476.936/16-8	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	5,1**
<input type="checkbox"/>	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Coparticipação*	476.932/16-5	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	6,5**
<input type="checkbox"/>	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Coparticipação*	476.932/16-5	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	8,0**
<input type="checkbox"/>	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Coparticipação*	476.932/16-5	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	11,0**

³Produto exclusivo para o Paraná. A relação detalhada do Grupo de Municípios, está disposta no item 17 nas páginas 10 e 11.

⁴Produto exclusivo para Pernambuco. A relação detalhada do Grupo de Municípios, está disposta no item 17 nas páginas 10 e 11.

*Os valores referentes à coparticipação estão descritos no item 9 das páginas 8 e 9.

**Para mais informações sobre os múltiplos de reembolso de consultas médicas, consulte o *Manual do Beneficiário*.

Contrato de Adesão

Proposta nº 41042178

Apólice de seguro-saúde, coletiva por adesão.

PLANO PRETENDIDO

Assinale abaixo, com um "X", o plano pretendido.

ATENÇÃO: verifique a disponibilidade do plano de saúde pretendido conforme a entidade indicada na página 1.

Todos os dependentes serão cadastrados obrigatoriamente na mesma categoria de plano do proponente titular.

Assinale abaixo o plano pretendido	Planos	Mecanismo de regulação	Código ANS	Abrangência geográfica	Segmentação assistencial	Acomodação em internação	Múltiplo de reembolso de consultas médicas
PLANOS SEM COPARTICIPAÇÃO							
<input type="checkbox"/>	DIRETO SP BCx Adesão Trad.16 F AHO QC	Sem coparticipação	485.079/20-3	Grupo de municípios ¹	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Coletiva	-
<input type="checkbox"/>	DIRETO SP BCx Adesão Trad.16 F AHO QP	Sem coparticipação	485.081/20-5	Grupo de municípios ¹	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	-
<input type="checkbox"/>	DIRETO SP II Adesão Trad.16 F AHO QC	Sem coparticipação	485.642/20-2	Grupo de municípios ¹	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Coletiva	-
<input type="checkbox"/>	DIRETO SP II Adesão Trad.16 F AHO QP	Sem coparticipação	485.645/20-7	Grupo de municípios ¹	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	-
<input type="checkbox"/>	DIRETO RIO II Adesão Trad.16 F AHO QC	Sem coparticipação	485.069/20-6	Grupo de municípios ²	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Coletiva	-
<input type="checkbox"/>	DIRETO RIO II Adesão Trad.16 F AHO QP	Sem coparticipação	485.084/20-0	Grupo de municípios ²	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	-
<input type="checkbox"/>	DIRETO CWB STc Adesão Trad.16 F AHO QC	Sem coparticipação	485.072/20-6	Grupo de municípios ³	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Coletiva	-
<input type="checkbox"/>	DIRETO CWB STc Adesão Trad.16 F AHO QP	Sem coparticipação	485.074/20-2	Grupo de municípios ³	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	-
<input type="checkbox"/>	DIRETO REC II Adesão Trad.16 F AHO QC	Sem coparticipação	485.655/20-4	Grupo de municípios ⁴	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Coletiva	-
<input type="checkbox"/>	DIRETO REC II Adesão Trad.16 F AHO QP	Sem coparticipação	485.652/20-0	Grupo de municípios ⁴	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	-
<input checked="" type="checkbox"/>	Exato Adesão Trad.16 F AHO QC	Sem coparticipação	476.927/16-9	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Coletiva	1,1*
<input type="checkbox"/>	Exato Adesão Trad.16 F AHO QP	Sem coparticipação	476.941/16-4	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	1,1*
<input type="checkbox"/>	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QC	Sem coparticipação	476.920/16-1	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Coletiva	2,4*

¹Produto exclusivo para São Paulo. A relação detalhada do Grupo de Municípios, está disposta no item 17 nas páginas 10 e 11.

²Produto exclusivo para o Rio de Janeiro. A relação detalhada do Grupo de Municípios, está disposta no item 17 nas páginas 10 e 11.

³Produto exclusivo para o Paraná. A relação detalhada do Grupo de Municípios, está disposta no item 17 nas páginas 10 e 11.

⁴Produto exclusivo para Pernambuco. A relação detalhada do Grupo de Municípios, está disposta no item 17 nas páginas 10 e 11.

*Para mais informações sobre os múltiplos de reembolso de consultas médicas, consulte o *Manual do Beneficiário*.

Contrato de Adesão

Proposta nº 41042178

Apólice de seguro-saúde, coletiva por adesão.

PLANO PRETENDIDO (CONTINUAÇÃO)

Assinale abaixo o plano pretendido	Planos	Mecanismo de regulação	Código ANS	Abrangência geográfica	Segmentação assistencial	Acomodação em internação	Múltiplo de reembolso de consultas médicas
PLANOS SEM COPARTICIPAÇÃO							
<input type="checkbox"/>	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QP	Sem coparticipação	476.916/16-3	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	2,4*
<input type="checkbox"/>	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP	Sem coparticipação	476.937/16-6	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	2,9*
<input type="checkbox"/>	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP	Sem coparticipação	476.937/16-6	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	3,4*
<input type="checkbox"/>	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP	Sem coparticipação	476.937/16-6	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	5,1*
<input type="checkbox"/>	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP	Sem coparticipação	476.934/16-1	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	6,5*
<input type="checkbox"/>	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP	Sem coparticipação	476.934/16-1	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	8,0*
<input type="checkbox"/>	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP	Sem coparticipação	476.934/16-1	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual	11,0*
<input type="checkbox"/>	Referência Adesão Trad.10 REF QC	Sem coparticipação	466.057/11-9	Nacional	Referência	Coletiva	1,1*

*Para mais informações sobre os múltiplos de reembolso de consultas médicas, consulte o Manual do Beneficiário.

VALOR POR PROPONENTE

	Idade	Valor em R\$
Titular	32	610,92
Dependente 1	14	344,16
Dependente 2	9	344,16
Dependente 3		
Dependente 4		
Dependente 5		

ATENÇÃO: Os valores indicados ao lado sofrerão alteração caso haja reajuste anual da apólice coletiva ou mudança de faixa etária entre a data de assinatura desta Proposta e a data da sua 1ª (primeira) cobrança, observado o disposto no item 19 das páginas 11, 12, 13 e 14 desta Proposta. O valor total deverá ser pago mensalmente.

Valor total em R\$: 1299,24

REEMBOLSO

Opção de conta-corrente bancária do proponente titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes), para depósito de reembolso pela Operadora:

Nº do banco Banco Nº da agência DV Nº da conta-corrente DV

Contrato de Adesão

Proposta nº 41042178

Apólice de seguro-saúde, coletiva por adesão.



COBRANÇA

☐ Débito automático em conta-corrente

Nº do banco	Banco	Nº da agência	DV	Nº da conta-corrente	DV
-------------	-------	---------------	----	----------------------	----

Estou ciente e concordo que a Administradora de Benefícios proceda mensalmente com o débito automático em minha conta corrente (mencionada acima), de acordo com os valores pactuados. Confirmando também estar ciente que, em caso de não processamento do débito automático, haverá a disponibilização de um boleto bancário para a realização do pagamento da mensalidade do benefício contratado.

Reconheço que é de minha responsabilidade verificar a necessidade para a autorização prévia do débito em conta corrente junto ao banco.

☒ Boleto bancário

Estou ciente e concordo que a Administradora de Benefícios envie mensalmente o boleto bancário para o e-mail disponível em meu cadastro, bem como comprometo-me em manter atualizada essa informação.

ATENÇÃO: a Administradora de Benefícios também disponibiliza o boleto digital e/ou outros meios de pagamentos no site (www.qualicorp.com.br), no aplicativo e pelos canais de atendimento.

AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DE INFORMAÇÕES

- ☒ Autorizo receber comunicações sobre ofertas de novos serviços e benefícios, por meio dos dados de contato registrados em meu cadastro.
- ☐ Não autorizo receber comunicações sobre ofertas de novos serviços e benefícios, por meio dos dados de contato registrados em meu cadastro.
- ☒ Autorizo receber newsletters com informações sobre saúde e bem-estar.
- ☐ Não autorizo receber newsletters com informações sobre saúde e bem-estar.

Estou ciente que receberei esta Proposta eletronicamente gerada e assinada através do e-mail informado na página 1. Além disso, declaro que concordo que a Administradora de Benefícios utilize meus dados de contato registrados nesta Proposta, e as atualizações que eu venha a fazer durante o período de vigência do meu contrato, para o envio de avisos, notificações e comunicações relacionados ao benefício contratado.

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 eletrônica do proponente titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes), passível de reconhecimento em cartório

Contrato de Adesão

Proposta nº 41042178

Apólice de seguro-saúde, coletiva por adesão.

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

1. Este instrumento é meu **Contrato de Adesão** (a “**Proposta**”) à apólice de seguro-saúde, coletiva por adesão (o “**benefício**”), estipulada pela Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. (a “**Administradora de Benefícios**”) com a Sul América Companhia de Seguro Saúde (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. Mantenho vínculo com a **Entidade** indicada na página 1 desta **Proposta**, sendo que a documentação comprobatória desse vínculo está sendo entregue por mim ao angariador, 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.
3. Serão aceitos como dependentes o meu cônjuge ou meu(minha) companheiro(a); o(a) meu(minha) filho(a) solteiro(a) de qualquer idade; o(a) meu(minha) filho(a) absolutamente incapaz solteiro(a) de qualquer idade, desde que esteja sob minha tutela ou curatela; o(a) meu(minha) enteado(a) solteiro(a) de qualquer idade; e o(a) menor solteiro(a) sob a minha guarda ou tutela judicial.
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. Analisada a documentação e as informações prestadas nesta **Proposta**, de acordo com a legislação vigente, ocorrerá a implantação pela **Operadora** e 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) passaremos a ser denominados “**beneficiários**”.
6. Assim que eu assumir a condição de **beneficiário** titular, ficam outorgados à **Administradora de Benefícios** amplos poderes 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. A apólice coletiva firmada entre a **Administradora de Benefícios** e a **Operadora**, apólice que passarei a integrar, vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, podendo ser renovada, 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 se confunde com a vigência da apólice coletiva. Em caso de rescisão dessa apólice coletiva, a **Administradora de Benefícios** me fará a comunicação desse fato em prazo não inferior a 30 (trinta) dias.
8. Poderei, assim como meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s), utilizar o **benefício** por meio dos prestadores referenciados pela **Operadora** para o plano contratado ou mediante o sistema de reembolso parcial, no qual os serviços são realizados por prestadores não referenciados para o plano contratado, exceto no caso de contratação de um dos planos **Direto** que estou ciente que somente poderei utilizar o sistema de reembolso parcial de despesas, exclusivamente para terapias não médicas (tais como: fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, acupuntura, nutricionista e terapia ocupacional) e em casos de urgência ou emergência comprovada.
Para todos os planos desta **Proposta**, o reembolso parcial de despesas deverá respeitar a área de abrangência geográfica e a área de atuação do plano, constantes nesta **Proposta**, os quais serão reembolsadas de acordo com o múltiplo de reembolso do plano contratado, respeitando os limites das condições contratuais de cada plano, conforme informados no *Manual do Beneficiário*, sendo certo que o valor do reembolso não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago por mim para as respectivas despesas.

Contrato de Adesão

Proposta nº 41042178

Apólice de seguro-saúde, coletiva por adesão.

9. Alguns planos dessa apólice coletiva por adesão, identificados nas páginas 2 e 3 desta **Proposta**, possuem entre os seus mecanismos de regulação a coparticipação, que é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo **beneficiário** sempre que houver a realização de consultas, exames, procedimentos e internações, respeitadas as resoluções e instruções normativas da **ANS** vigentes à época da estipulação da apólice de seguro-saúde coletiva por adesão (o “benefício”) e conforme o quadro de valores indicado a seguir:

Valores de coparticipação em R\$*					
Procedimentos	DIRETO SP BCx Adesão Trad.16 F AHO QC COP	DIRETO SP BCx Adesão Trad.16 F AHO QP COP	DIRETO SP II Adesão Trad.16 F AHO QC COP	DIRETO SP II Adesão Trad.16 F AHO QP COP	DIRETO RIO II Adesão Trad.16 F AHO QC COP
Consultas eletivas	R\$ 29,00	R\$ 29,00	R\$ 29,00	R\$ 29,00	R\$ 29,00
Atendimento em pronto-socorro	R\$ 58,00	R\$ 58,00	R\$ 58,00	R\$ 58,00	R\$ 58,00
Exames simples ¹	R\$ 3,50	R\$ 3,50	R\$ 3,50	R\$ 3,50	R\$ 3,50
Exames complexos ²	R\$ 29,00	R\$ 29,00	R\$ 29,00	R\$ 29,00	R\$ 29,00
Demais procedimentos	R\$ 4,00	R\$ 4,00	R\$ 4,00	R\$ 4,00	R\$ 4,00

Valores de coparticipação em R\$*					
Procedimentos	DIRETO RIO II Adesão Trad.16 F AHO QP COP	DIRETO CWB Stc Adesão Trad.16 F AHO QC COP	DIRETO CWB Stc Adesão Trad.16 F AHO QP COP	DIRETO REC II Adesão Trad.16 F AHO QC COP	DIRETO REC II Adesão Trad.16 F AHO QP COP
Consultas eletivas	R\$ 29,00	R\$ 29,00	R\$ 29,00	R\$ 29,00	R\$ 29,00
Atendimento em pronto-socorro	R\$ 58,00	R\$ 58,00	R\$ 58,00	R\$ 58,00	R\$ 58,00
Exames simples ¹	R\$ 3,50	R\$ 3,50	R\$ 3,50	R\$ 3,50	R\$ 3,50
Exames complexos ²	R\$ 29,00	R\$ 29,00	R\$ 29,00	R\$ 29,00	R\$ 29,00
Demais procedimentos	R\$ 4,00	R\$ 4,00	R\$ 4,00	R\$ 4,00	R\$ 4,00

Valores de coparticipação em R\$*						
Procedimentos	Exato Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Exato Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP COP
Consultas eletivas	R\$ 29,00	R\$ 29,00	R\$ 29,00	R\$ 29,00	R\$ 40,00	R\$ 40,00
Atendimento em pronto-socorro	R\$ 58,00	R\$ 58,00	R\$ 58,00	R\$ 58,00	R\$ 87,00	R\$ 87,00

* Os valores informados poderão ser reajustados conforme condições dispostas no item 19 das páginas 11, 12, 13 e 14 desta Proposta.

¹ Diagnósticos diversos; radiodiagnósticos; patologia clínica; métodos gráficos: testes ergométricos, eletrocardiograma dinâmico e outros eletrocardiogramas.

² Ecocardiografia; ultrassonografia; tomografia computadorizada; ultrassonografia obstétrica; ressonância magnética; angiografia; anatomia patológica e citologia; diagnósticos diversos; endoscopia; medicina nuclear; hemodinâmica; métodos gráficos: eletrocardiograma / eletroencefalograma, filmes e contrastes radiológicos.

Contrato de Adesão

Proposta nº 41042178

Apólice de seguro-saúde, coletiva por adesão.

Valores de coparticipação em R\$*						
Procedimentos	Exato Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Exato Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP COP
Exames simples ¹	R\$ 3,50	R\$ 3,50	R\$ 3,50	R\$ 3,50	R\$ 5,80	R\$ 5,80
Exames complexos ²	R\$ 29,00	R\$ 29,00	R\$ 29,00	R\$ 29,00	R\$ 47,00	R\$ 47,00
Terapias (fisioterapia, fonoaudiologia e psicoterapia)	R\$ 4,00	R\$ 4,00	R\$ 4,00	R\$ 4,00	R\$ 6,00	R\$ 6,00
Demais procedimentos	R\$ 4,00	R\$ 4,00	R\$ 4,00	R\$ 4,00	R\$ 6,00	R\$ 6,00
Internações, exceto psiquiátricas ³	R\$ 290,00	R\$ 290,00	R\$ 400,00	R\$ 400,00	R\$ 590,00	R\$ 590,00

* Os valores informados poderão ser reajustados conforme condições dispostas no item 19 das páginas 11, 12, 13 e 14 desta Proposta.

¹ Diagnósticos diversos; radiodiagnósticos; patologia clínica; métodos gráficos: testes ergométricos, eletrocardiograma dinâmico e outros eletrocardiogramas.

² Ecocardiografia; ultrassonografia; tomografia computadorizada; ultrassonografia obstétrica; ressonância magnética; angiografia; anatomia patológica e citologia; diagnósticos diversos; endoscopia; medicina nuclear; hemodinâmica; métodos gráficos: eletrocardiograma / eletroencefalograma, filmes e contrastes radiológicos.

³ Os valores de coparticipação para internações serão calculados por evento.

10. Quando da utilização do sistema de reembolso, conforme condições dispostas na cláusula 8, o valor correspondente à coparticipação será deduzido do valor a ser reembolsado ao **beneficiário**.

11. O **benefício** cobrirá as despesas com serviços médico-hospitalares relacionados no “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”, instituído pela **ANS**, no tratamento das doenças codificadas na versão 10 da *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), observadas as condições gerais deste **benefício**.

12. Além das coberturas referidas no item 11, este **benefício** pode oferecer, conforme as condições de cada plano, coberturas e/ou benefícios adicionais, detalhados no *Manual do Beneficiário*, que receberei após a aceitação desta **Proposta**.

13. As coberturas excluídas do **benefício** são aquelas que não se incluem no “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”, da **ANS**, nem nas coberturas adicionais eventualmente oferecidas por este **benefício**, bem como as despesas não cobertas citadas na Lei nº 9.656/98 e nas normas regulamentares da **ANS**, cuja relação está detalhada no *Manual do Beneficiário*.

14. 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 carência para utilização do **benefício**, conforme tabela indicativa a seguir. 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**.

Grupos de carência	Cobertura	Prazos contratuais*
Grupo 0	Acidentes pessoais.	0 (zero) hora
	Atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais.	24 (vinte e quatro) horas

Contrato de Adesão

Proposta nº 41042178

Apólice de seguro-saúde, coletiva por adesão.

Grupos de carência	Cobertura	Prazos contratuais*
Grupo 1	Consultas médicas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico zero), serviços auxiliares de diagnose em regime externo e fonoaudiologia, exceto os serviços descritos nos grupos de carência subsequentes.	15 (quinze) dias
Grupo 2	Internações hospitalares, ultrassonografias com <i>doppler</i> , ultrassonografias coloridas, tomografias computadorizadas, teste de função pulmonar, bioimpedanciometria, <i>tilt tests</i> e seus derivados, ressonância magnética, medicina nuclear (mapeamentos, cintilografias e terapias), ecocardiografias, eletrocardiografia dinâmica, estudo hemodinâmico, angiografias e arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia do câncer, radioterapia, medicamentos antineoplásicos orais definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, litotripsias, escleroterapia** e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro-saúde, exceto os descritos para os grupos de carência subsequentes.	180 (cento e oitenta) dias
Grupo 3	Parto a termo.	300 (trezentos) dias
Grupo 4	Transplantes de órgãos e tecidos, todos os procedimentos cirúrgicos associados a OPME /DMI (Órteses, Próteses, Materiais Especiais/Dispositivos Médicos Implantáveis), além de internações de obesidade mórbida, bucomaxilo e ortopédicas.	180 (cento e oitenta) dias
Grupo 5	Internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise, cirurgias de refração em oftalmologia, acupuntura e psicoterapia.	180 (cento e oitenta) dias

*Os prazos de carência serão contados a partir da data de início de vigência do benefício.

**Procedimento escleroterapia não disponível para os planos Direto.

15. 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 ou conhecido, devendo declará-la na “Declaração de Saúde” que acompanha esta **Proposta**. Havendo na “Declaração de Saúde” a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), será aplicada pela **Operadora** 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).

16. Depende de Validação Prévia de Procedimentos (VPP) pela **Operadora** a realização de: (i) serviços auxiliares de diagnose; (ii) serviços auxiliares de terapia; (iii) serviços ambulatoriais; (iv) internações; e (v) remoções, conforme condições constantes do *Manual do Beneficiário*.

17. As características do benefício relativas a: (i) segmentação assistencial; (ii) acomodação em internação; e (iii) abrangência geográfica estão definidas nas páginas 2, 3, 4 e 5 desta **Proposta** e, a área de atuação dos planos consta no quadro a seguir:

Planos	Área de Atuação
DIRETO SP BCx Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Barueri, Diadema, Guarulhos, Mauá, Osasco, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo e Taboão da Serra.
DIRETO SP BCx Adesão Trad.16 F AHO QP COP	
DIRETO SP BCx Adesão Trad.16 F AHO QC	
DIRETO SP BCx Adesão Trad.16 F AHO QP	

Contrato de Adesão

Proposta nº 41042178

Apólice de seguro-saúde, coletiva por adesão.

Planos	Área de Atuação
DIRETO SP II Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Barueri, Carapicuíba, Diadema, Guarulhos, Mauá, Osasco, Ribeirão Pires, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo e Taboão da Serra.
DIRETO SP II Adesão Trad.16 F AHO QP COP	
DIRETO SP II Adesão Trad.16 F AHO QC	
DIRETO SP II Adesão Trad.16 F AHO QP	
DIRETO RIO II Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti.
DIRETO RIO II Adesão Trad.16 F AHO QP COP	
DIRETO RIO II Adesão Trad.16 F AHO QC	
DIRETO RIO II Adesão Trad.16 F AHO QP	
DIRETO CWB STc Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Almirante Tamandaré, Araucária, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Pinhais e São José dos Pinhais.
DIRETO CWB STc Adesão Trad.16 F AHO QP COP	
DIRETO CWB STc Adesão Trad.16 F AHO QC	
DIRETO CWB STc Adesão Trad.16 F AHO QP	
DIRETO REC II Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Recife e São Lourenço da Mata.
DIRETO REC II Adesão Trad.16 F AHO QP COP	
DIRETO REC II Adesão Trad.16 F AHO QC	
DIRETO REC II Adesão Trad.16 F AHO QP	
Para os demais planos com abrangência nacional indicados nas páginas 3, 4 e 5	Todo o território brasileiro.

18. A data de vencimento do pagamento do valor mensal do **benefício**, bem como dos eventuais valores de coparticipação, é a mesma data do início de vigência do **benefício** descrita na página 1, e sua forma será aquela indicada na página 6 desta **Proposta**, sendo que a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do **benefício** e eventuais valores de coparticipação, além de juros de 1% (um por cento) ao mês (0,033% ao dia) sobre o valor total do **benefício** e eventuais valores de coparticipação. No período de inadimplência, poderá ocorrer a suspensão automática do **benefício**, cuja utilização somente será restabelecida a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados, observada a possibilidade de cancelamento, conforme disposto no item 21 desta **Proposta**. No caso de inadimplência do valor mensal do **benefício** por período superior a 90 (noventa) dias, a contar da data de seu vencimento, a **Administradora de Benefícios** adotará medidas para a cobrança dos valores em atraso, acarretando, inclusive, o envio das informações do **beneficiário** titular, ou de seu responsável legal, aos órgãos de serviço de proteção ao crédito, mediante prévia comunicação, conforme determina o *Código de Defesa do Consumidor*.

19. Independentemente da data da minha **Proposta**, o valor mensal do **benefício** poderá sofrer os seguintes reajustes: (i) reajuste anual (financeiro e/ou por índice de sinistralidade), que ocorre quando há alteração de custos, utilização dos serviços médicos e uso de novas tecnologias, nunca ocorrendo, porém, em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contados da data de assinatura da apólice coletiva ou da última aplicação do reajuste anual; (ii) reajuste por mudança de faixa etária, que ocorre quando o **beneficiário** completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava, conforme tabela a seguir; (iii) reajuste(s) em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela **ANS**, contratado(s) entre a **Administradora de Benefícios** e a **Operadora**, além de previamente comunicado(s) ao **beneficiário**.

Contrato de Adesão

Proposta nº 41042178

Apólice de seguro-saúde, coletiva por adesão.

Faixa etária	DIRETO SP BCx Adesão Trad.16 F AHO QC COP	DIRETO SP BCx Adesão Trad.16 F AHO QP COP	DIRETO SP II Adesão Trad.16 F AHO QC COP	DIRETO SP II Adesão Trad.16 F AHO QP COP	DIRETO RIO II Adesão Trad.16 F AHO QC COP
De 0 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	37,72%	37,72%	37,72%	37,72%	37,72%
De 24 a 28 anos	8,62%	8,62%	8,62%	8,62%	8,62%
De 29 a 33 anos	18,66%	18,66%	18,66%	18,66%	18,66%
De 34 a 38 anos	9,10%	9,10%	9,10%	9,10%	9,10%
De 39 a 43 anos	10,69%	10,69%	10,69%	10,69%	10,69%
De 44 a 48 anos	14,27%	14,27%	14,27%	14,27%	14,27%
De 49 a 53 anos	22,99%	22,99%	22,99%	22,99%	22,99%
De 54 a 58 anos	24,51%	24,51%	24,51%	24,51%	24,51%
59 anos ou mais	59,95%	59,95%	59,95%	59,95%	59,95%

Faixa etária	DIRETO RIO II Adesão Trad.16 F AHO QP COP	DIRETO CWB STc Adesão Trad.16 F AHO QC COP	DIRETO CWB STc Adesão Trad.16 F AHO QP COP	DIRETO REC II Adesão Trad.16 F AHO QC COP	DIRETO REC II Adesão Trad.16 F AHO QP COP
De 0 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	37,72%	37,72%	37,72%	37,72%	37,72%
De 24 a 28 anos	8,62%	8,62%	8,62%	8,62%	8,62%
De 29 a 33 anos	18,66%	18,66%	18,66%	18,66%	18,66%
De 34 a 38 anos	9,10%	9,10%	9,10%	9,10%	9,10%
De 39 a 43 anos	10,69%	10,69%	10,69%	10,69%	10,69%
De 44 a 48 anos	14,27%	14,27%	14,27%	14,27%	14,27%
De 49 a 53 anos	22,99%	22,99%	22,99%	22,99%	22,99%
De 54 a 58 anos	24,51%	24,51%	24,51%	24,51%	24,51%
59 anos ou mais	59,95%	59,95%	59,95%	59,95%	59,95%

Faixa etária	Exato Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Exato Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP COP
De 0 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	37,72%	37,72%	37,72%	37,72%	37,72%
De 24 a 28 anos	8,62%	8,62%	8,62%	8,62%	8,62%
De 29 a 33 anos	18,66%	18,66%	18,66%	18,66%	18,66%
De 34 a 38 anos	9,10%	9,10%	9,10%	9,10%	9,10%

Contrato de Adesão

Proposta nº 41042178

Apólice de seguro-saúde, coletiva por adesão.

Faixa etária	Exato Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Exato Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QC COP	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QP COP	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP COP
De 39 a 43 anos	10,69%	10,69%	10,69%	10,69%	10,69%
De 44 a 48 anos	14,27%	14,27%	14,27%	14,27%	14,27%
De 49 a 53 anos	22,99%	22,99%	22,99%	22,99%	22,99%
De 54 a 58 anos	24,51%	24,51%	24,51%	24,51%	24,51%
59 anos ou mais	59,95%	59,95%	59,95%	59,95%	59,95%

Faixa etária	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP COP	DIRETO SP BCx Adesão Trad.16 F AHO QC	DIRETO SP BCx Adesão Trad.16 F AHO QP	DIRETO SP II Adesão Trad.16 F AHO QC	DIRETO SP II Adesão Trad.16 F AHO QP
De 0 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	37,72%	37,72%	37,72%	37,72%	37,72%
De 24 a 28 anos	8,62%	8,62%	8,62%	8,62%	8,62%
De 29 a 33 anos	18,66%	18,66%	18,66%	18,66%	18,66%
De 34 a 38 anos	9,10%	9,10%	9,10%	9,10%	9,10%
De 39 a 43 anos	10,69%	10,69%	10,69%	10,69%	10,69%
De 44 a 48 anos	14,27%	14,27%	14,27%	14,27%	14,27%
De 49 a 53 anos	22,99%	22,99%	22,99%	22,99%	22,99%
De 54 a 58 anos	24,51%	24,51%	24,51%	24,51%	24,51%
59 anos ou mais	59,95%	59,95%	59,95%	59,95%	59,95%

Faixa etária	DIRETO RIO II Adesão Trad.16 F AHO QC	DIRETO RIO II Adesão Trad.16 F AHO QP	DIRETO CWB STc Adesão Trad.16 F AHO QC	DIRETO CWB STc Adesão Trad.16 F AHO QP	DIRETO REC II Adesão Trad.16 F AHO QC
De 0 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	37,72%	37,72%	37,72%	37,72%	37,72%
De 24 a 28 anos	8,62%	8,62%	8,62%	8,62%	8,62%
De 29 a 33 anos	18,66%	18,66%	18,66%	18,66%	18,66%
De 34 a 38 anos	9,10%	9,10%	9,10%	9,10%	9,10%
De 39 a 43 anos	10,69%	10,69%	10,69%	10,69%	10,69%
De 44 a 48 anos	14,27%	14,27%	14,27%	14,27%	14,27%
De 49 a 53 anos	22,99%	22,99%	22,99%	22,99%	22,99%
De 54 a 58 anos	24,51%	24,51%	24,51%	24,51%	24,51%
59 anos ou mais	59,95%	59,95%	59,95%	59,95%	59,95%

Contrato de Adesão

Proposta nº 41042178

Apólice de seguro-saúde, coletiva por adesão.

Faixa etária	DIRETO REC II Adesão Trad.16 F AHO QP	Exato Adesão Trad.16 F AHO QC	Exato Adesão Trad.16 F AHO QP	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QC
De 0 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	37,72%	37,72%	37,72%	37,72%
De 24 a 28 anos	8,62%	8,62%	8,62%	8,62%
De 29 a 33 anos	18,66%	18,66%	18,66%	18,66%
De 34 a 38 anos	9,10%	9,10%	9,10%	9,10%
De 39 a 43 anos	10,69%	10,69%	10,69%	10,69%
De 44 a 48 anos	14,27%	14,27%	14,27%	14,27%
De 49 a 53 anos	22,99%	22,99%	22,99%	22,99%
De 54 a 58 anos	24,51%	24,51%	24,51%	24,51%
59 anos ou mais	59,95%	59,95%	59,95%	59,95%

Faixa etária	Clássico Adesão Trad.16 F AHO QP	Especial 100 Adesão Trad.16 F AHO QP	Executivo Adesão Trad.16 F AHO QP	Referência Adesão Trad.10 REF QC
De 0 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	37,72%	37,72%	37,72%	37,72%
De 24 a 28 anos	8,62%	8,62%	8,62%	8,62%
De 29 a 33 anos	18,66%	18,66%	18,66%	18,66%
De 34 a 38 anos	9,10%	9,10%	9,10%	9,10%
De 39 a 43 anos	10,69%	10,69%	10,69%	10,69%
De 44 a 48 anos	14,27%	14,27%	14,27%	14,27%
De 49 a 53 anos	22,99%	22,99%	22,99%	22,99%
De 54 a 58 anos	24,51%	24,51%	24,51%	24,51%
59 anos ou mais	59,95%	59,95%	59,95%	59,95%

20. 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 as condições constantes do *Manual do Beneficiário*.

21. Poderei solicitar o cancelamento do **benefício** à **Administradora de Benefícios**, de acordo com os normativos da legislação em vigor e observadas as 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 não 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. No caso de cancelamento do **benefício**, haverá minha exclusão e a de meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s), sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) não pago(s), incluídos juros e multa.

Contrato de Adesão

Proposta nº 41042178

Apólice de seguro-saúde, coletiva por adesão.

- 22.** 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.
- 23.** 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 empresariais, hipóteses essas totalmente diversas das que se aplicam a este **benefício**.
- 24.** 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 os normativos da legislação em vigor.
- 25.** Portabilidade de Carências é a contratação de um novo plano de saúde, individual ou familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial, regulamentado pela Lei nº 9.656/98 ou adaptado a ela, com registro na **ANS**, em uma mesma operadora ou em outra operadora, contratação essa na qual o **beneficiário** estará dispensado do cumprimento de novos períodos de carência e Cobertura Parcial Temporária (CPT), conforme disposto na Resolução Normativa 438 (RN 438), da **ANS**, e suas posteriores atualizações. Quando a solicitação de ingresso no **benefício** ocorrer através de Portabilidade de Carências, deverão ser observadas e atendidas as condições específicas constantes no “Pedido para fins de Mobilidade para Portabilidade de Carências”, documento esse que deverá ser preenchido complementarmente a esta **Proposta** e que atende ao disposto na RN 438 e suas posteriores atualizações. Nesse caso, é certo que as informações referentes ao início de vigência do **benefício**, às carências e à Cobertura Parcial Temporária (CPT), nas páginas 1, 9 e 10 desta **Proposta**, tornam-se sem efeito, passando a vigorar o estabelecido no referido “Pedido para fins de Mobilidade para Portabilidade de Carências”. Caso a portabilidade seja exercida para um plano com segmentação diferente do plano origem, o **beneficiário** cumprirá as carências contratuais referentes a nova segmentação.
- 26.** 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.
- 27.** 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 da minha vigência, indicada no campo “Início da vigência do benefício”, na página 1 desta **Proposta**, autorizando a cobrança do valor mensal do **benefício**, caso esse prazo não seja observado.
- 28.** A minha manifestação de vontade, ao aceitar esta **Proposta**, não poderá ser questionada pelo mero fato de ter sido assinada por meio eletrônico e, para todos os fins de direito, esta **Proposta** equivale a um documento particular. Declaro, ainda, aceitar como válido o meio tecnológico adotado pela **Administradora de Benefícios** para a celebração desta **Proposta**, uma vez que garantidas a autoria e integridade do documento em forma eletrônica, nos termos da legislação em vigor.
- 29.** O Foro para dirimir quaisquer questões oriundas da presente **Proposta** é o do meu domicílio.

Contrato de Adesão

Proposta nº 41042178

Apólice de seguro-saúde, coletiva por adesão.

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) nas páginas 1 e 2 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 referenciados, de responsabilidade da Operadora, bem como o “Guia de Leitura Contratual” e o Manual do Beneficiário, que reproduz condições contratuais da apólice coletiva, traz os esclarecimentos sobre os aspectos relativos à utilização e manutenção do benefício e os direitos e obrigações dos beneficiários, serão enviados a mim por via física ou eletrônica tão logo eu e meu(s) dependente(s) tenhamos sido aceitos e nossos registros estejam regularizados na Operadora.

Estou ciente que serão admitidas outras formas de assinatura para esta Proposta, desde que assegurem a sua autenticidade e sejam legalmente permitidas. Aceito como válido o meio tecnológico adotado para o aceite digital desta Proposta, conforme termos dos normativos vigentes.

Autorizo a coleta, uso, armazenamento, tratamento e proteção de meus dados pessoais, incluindo, mas não se limitando: nome, endereço, CPF, profissão, telefone e e-mail. Estou ciente de que estes dados serão utilizados com o objetivo de atuar na viabilização, comercialização e administração dos produtos de assistência médica e/ou odontológica, no cumprimento de obrigações perante os órgãos reguladores e/ou no atendimento à eventuais demandas judiciais.

Declaro que possuo absoluta capacidade jurídica para exercer livremente os meus atos civis.

Autorizo a obtenção de fotografia do tipo selfie no ato da contratação extraída por funcionalidade do próprio sistema, que poderá ser comparada às fotos dos documentos apresentados e comprovar a autenticidade desta contratação.

Local e data

Assinatura eletrônica do proponente titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes), passível de reconhecimento em cartório

Nome completo do angariador / vendedor

LEANDRO SILVA BITTENCOURT

CPF do angariador / vendedor

088.995.857-25

E-mail do angariador / vendedor

lsbittenco@yahoo.com.br

Nome completo do supervisor

ELIANE DE ALMEIDA LOPA SOUZA

CPF ou CNPJ do supervisor

079.898.137-77

Código de identificação do angariador

5428

Uso exclusivo da corretora

EM CASO DE DÚVIDA, LIGUE PARA A QUALICORP:

CENTRAL DE SERVIÇOS

4004-4400 Capitais e regiões metropolitanas

0800-16-2000 Demais regiões

SAC

0800-779-9002

Todo o Brasil

ANS nº 417173

Administradora
de Benefícios:

Qualicorp

ANS nº 006246

Operadora:



Declaração – Plano Referência

Proposta nº 41042178

PROPONENTE TITULAR

Nome completo

RENATA DE ALMEIDA ANDRADE

(continuação)

CPF

120.426.077-03

Declaro que me foi oferecida a contratação do Plano Referência Adesão Trad.10 REF QC, com registro na ANS nº 466.057/11-9, pela Sul América Companhia de Seguro Saúde, CNPJ nº 01.685.053/0001-56, com registro na ANS nº 006246, de acordo com a Lei nº 9.656/98 e suas atualizações, mas que optei pela contratação do plano definido no item “Plano pretendido”, nas páginas 2 (dois), 3 (três), 4 (quatro) e 5 (cinco) do Contrato de Adesão (a “Proposta”).

Local e data

_____, ____ / ____ / ____

Assinatura eletrônica do proponente titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes), passível de reconhecimento em cartório

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 Agravio, 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.

Carta de Orientação ao Beneficiário

Proposta nº 41042178



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/Representante legal
(no caso de menores ou incapazes)

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: RENATA DE ALMEIDA ANDRADE

Nome: LEANDRO SILVA BITTENCOURT

Assinatura: _____

CPF: 088.995.857-25

Assinatura: _____

Declaração de Saúde

Proposta nº 41042178

É obrigatório o preenchimento desta Declaração de Saúde pelo proponente titular, de próprio punho, sem rasuras e independentemente do auxílio do médico orientador.

O objetivo desta Declaração de Saúde é registrar as informações sobre as doenças ou lesões de que o proponente titular e/ou seu(s) dependente(s) saiba(m) ser portador(es) ou sofredor(es), seja por diagnóstico feito ou conhecido, e das quais tenha(m) conhecimento na data da assinatura da Proposta acima referida.

RN 438: No exercício do direito à portabilidade de carências a Declaração de Saúde (DS) será dispensada ainda que tenha ocorrido o preenchimento antes da análise final da Operadora, exceto nos casos em que a segmentação assistencial for divergente do plano de origem.

PROponente titular

Nome completo

RENATA DE ALMEIDA ANDRADE

(continuação)

CPF

120.426.077-03

Para o preenchimento desta Declaração de Saúde, o proponente titular tem a opção de ser orientado por um médico indicado pela Operadora, sem ônus financeiro para o proponente, ou por um médico de sua livre escolha, caso em que as despesas com os honorários serão inteiramente de sua responsabilidade.

Responda às questões abaixo fornecendo as informações solicitadas e assinalando “S” para as respostas afirmativas e “N” para as respostas negativas, no que diz respeito ao proponente titular e também aos seus dependentes.

Item	Válida para o proponente titular e o(s) dependente(s). Em caso de resposta afirmativa em alguma das questões abaixo, especifique no Quadro Descritivo, na página seguinte. É portador de:	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Dep. 5
1.	Doença cardiovascular, como pressão alta, angina, infarto, arritmia ou outra?	N	N	N			
2.	Doença do aparelho circulatório como: varizes, insuficiência arterial ou venosa, linfangite, hemorroida, aneurisma, trombose ou outra?	N	N	N			
3.	Doença endocrinológica como: diabetes, doenças da tireoide ou outra?	N	N	N			
4.	Doença digestiva como: gastrite, úlcera, doença de Crohn, diverticulite ou outra?	N	N	N			
5.	Alguma hérnia como: inguinal, umbilical ou outro tipo?	N	N	N			
6.	Doença urológica como: insuficiência renal, problema na próstata, incontinência urinária, cálculos ou outra?	N	N	N			
7.	Algum problema dos ossos, articulações ou coluna (hérnia de disco, escoliose, osteoporose, artrite, artrose ou outro)? Informar tipo, local e demais detalhes no quadro descritivo.	N	N	N			
8.	Doença do sangue ou autoimune como: anemias, leucemia, linfoma, lúpus, artrite reumatoide, psoríase etc.?	N	N	N			
9.	Doença pulmonar como: asma, bronquite, enfisema, atelectasia ou outras?	N	N	N			
10.	Doença do ouvido, nariz ou garganta (surdez, desvio de septo, sinusite ou outra)?	N	N	N			
11.	Alguma doença nos olhos como: glaucoma, miopia, estrabismo, ceratocone, catarata ou outra?	N	N	N			
12.	Possui alguma doença ou deformidade hereditária ou congênita?	N	N	N			
13.	Tem alguma doença infectocontagiosa (AIDS / HIV, hepatite, tuberculose, malária, chagas ou outra)?	N	N	N			
14.	Algum tipo de câncer, neoplasia ou tumor benigno ou maligno?	N	N	N			
15.	Alguma doença neurológica como: epilepsia, Alzheimer, mal de Parkinson, paralisia cerebral etc.?	N	N	N			
16.	Algum problema psiquiátrico (depressão, esquizofrenia, retardo mental, psicose, esclerose múltipla ou outra) ?	N	N	N			
17.	Alguma doença do fígado como: cirrose, hepatite ou outra?	N	N	N			
18.	Possui algum tipo de sequela, dano ou deficiência psicomotora, de órgão ou membro decorrente de doença que saiba ser portador?	N	N	N			
19.	Alguma doença da mama, útero ou ovário (nódulo, cisto, mioma, endometriose ou outra)?	N	N	N			
20.	Está realizando algum tratamento médico?	N	N	N			
21.	É portador de algum transplante (rim, fígado, medula ou algum outro) ou há a necessidade de realizar algum transplante?	N	N	N			
22.	Possui alguma prótese ou órtese (placa, parafuso, stent, válvula, marca-passo, prótese mamária ou outra)?	N	N	N			
23.	Faz quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou transfusão de sangue ou há a necessidade de realizar algum desses citados?	N	N	N			
24.	Possui algum transtorno na face como: desalinhamento da arcada dentária, oclusão dentária, dificuldade de mastigação ou usa aparelho ortodôntico ?	N	N	N			
25.	Possui alguma doença ou transtorno não relacionado acima?	N	N	N			
26.	Indique, no quadro a seguir, as informações de peso e altura sobre você e seus dependentes.	N	N	N			

Unidade de medida	Titular	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4	Dependente 5
Peso (kg)	72,000	45,000	38,000			
Altura (m)	1,70	1,71	1,42			

ATENÇÃO: A obesidade mórbida será caracterizada para fins de CPT - Cobertura Parcial Temporária, sempre que o IMC for superior a 40 Kg/m² e quando o IMC for maior ou igual a 35 Kg/m² e portador de doença crônica associada. O Índice de Massa Corpórea (IMC) é calculado dividindo-se o peso em quilogramas pela altura em metros, elevada ao quadrado: IMC=Peso (em Kg) / Altura² (em metros).

Considerações OMS (Organização Mundial de Saúde): IMC 30.0–34.9 - Obesidade grau I / IMC 35.0–39.9 - Obesidade grau II / IMC superior a 40.0 - Obesidade grau III.

Declaração de Saúde

Proposta n° 41042178

É obrigatório o preenchimento desta Declaração de Saúde pelo proponente titular, de próprio punho, sem rasuras e independentemente do auxílio do médico orientador.

Caso o proponente titular ou qualquer de seus dependentes apresentarem resposta afirmativa em alguma das perguntas da página 20, informar abaixo o motivo, o tratamento e a periodicidade, o(s) exame(s) feito(s) com seu(s) resultado(s), ou qualquer outra informação ou dado importante para a avaliação médica.

[illegible]

Havendo a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) por parte do proponente titular e/ou de seu(s) dependente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de até 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 relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

A Operadora se reserva o direito de não oferecer o Agravo como opção à CPT, conforme lhe faculta o artigo 6º, parágrafo primeiro, da Resolução Normativa nº 162/07 da ANS.

DA RESPONSABILIDADE DO PROPONENTE E BENEFICIÁRIO

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o proponente titular e/ou seu(s) dependentes saiba(m) ser portador(es) no momento do preenchimento desta Declaração de Saúde, desde que comprovada na ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do benefício. Nesse caso o proponente titular, como beneficiário, será responsável pelo pagamento das eventuais despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido o Termo de Comunicação, por parte da Operadora, alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

DEFINIÇÕES

Cobertura Parcial Temporária (CPT)

“Considera-se 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 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” (Art. 2º, inciso II, da Resolução nº 162 da ANS, de 17/10/2007).

Agravo

“Considera-se Agravio 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, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário” (Art. 2º, inciso III, da Resolução nº 162 da ANS, de 17/10/2007).

Declaração de Saúde

Proposta nº 41042178

É obrigatório o preenchimento desta Declaração de Saúde pelo proponente titular, de próprio punho, sem rasuras e independentemente do auxílio do médico orientador.

Declaro para os devidos fins e efeitos que:

- (I) autorizo a Operadora a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas, laboratórios ou a mim, exames, prontuários e outras informações necessárias a quaisquer esclarecimentos relacionados a esta Declaração de Saúde;
- (II) estou ciente de que a omissão de informação sobre doença ou lesão preexistente da qual eu e/ou meu(s) dependente(s) saiba(mos) ser portador(es) na data da assinatura desta Proposta, seja por diagnóstico feito ou conhecido, desde que seja comprovada na ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do benefício. Nesse caso, como beneficiário, serei responsável pelo pagamento de eventuais despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que eu tiver recebido comunicado ou notificação, por parte da Operadora, sobre a existência de doença ou lesão não declarada;
- (III) preenchi a Declaração de Saúde de todos os meus dependentes neste ato e que, sendo meus dependentes maiores de 15 (quinze) anos – cônjuge ou companheiro(a), filho(a) solteiro(a) –, comprometo-me a investigar as informações com eles e, havendo necessidade de alteração(ões), eu a(s) apresentarei por escrito, no prazo de 7 (sete) dias contados a partir da data de assinatura desta declaração, sob pena de não atendimento ou de exclusão do(s) beneficiário(s) dependente(s) com informações inadequadas e, até mesmo, rescisão, caso apurada a omissão;
- (IV) tenho conhecimento do teor do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual prevê que “se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido”;
- (V) ☐ optei por ser orientado por um médico indicado pela Operadora.
☐ optei por ser orientado por um médico de minha livre escolha e confiança.
☒ dispensei a presença de um médico orientador.

Local e data

_____, ____ / ____ / ____

Assinatura eletrônica do proponente titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes), passível de reconhecimento em cartório

Médico orientador (se houver)

Declaro que prestei as orientações necessárias para o proponente titular ou seu representante legal (no caso de menores ou incapazes) preencher, de próprio punho, esta Declaração de Saúde

CRM e assinatura do médico, sob carimbo

Aditivo de redução de carências

Proposta nº 41042178

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

- Possuir um plano de saúde da “Relação de operadoras congêneres”, listadas a seguir neste aditivo, por um período igual ou maior que 6 (seis) meses e menor que 12 (doze) meses ininterruptos, para ter a redução de carências indicada na “Tabela 1”; ou por um período igual ou maior que 12 (doze) meses ininterruptos, para ter a redução de carências indicada na “Tabela 2”;
- O plano anteriormente contratado deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo, 60 (sessenta) dias do início de vigência do benefício decorrente desta Proposta.

NÃO serão reduzidas carências para proponentes que se enquadrem em qualquer uma das seguintes condições:

- Oriundos de planos cuja segmentação seja diferente de ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.
- Oriundos do sistema Nipomed, Sinam, Sinasa e similares.
- Cujas data do pagamento do último valor mensal do plano anterior seja superior a 60 (sessenta) dias da data de início de vigência do benefício decorrente desta Proposta.
- Oriundos de planos não regulamentados.

TABELA DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Grupos de carência	Cobertura	Prazos contratuais*	Novos prazos*	
			Tabela 1	Tabela 2
Grupo 0	Acidentes pessoais.	0 (zero) hora	0 (zero) hora	0 (zero) hora
	Atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais.	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 1	Consultas médicas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico zero), serviços auxiliares de diagnose em regime externo e fonoaudiologia, exceto os serviços descritos nos grupos de carência subsequentes.	15 (quinze) dias	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 2	Internações hospitalares, ultrassonografias com doppler, ultrassonografias coloridas, tomografias computadorizadas, teste de função pulmonar, bioimpedanciometria, tilt tests e seus derivados, ressonância magnética, medicina nuclear (mapeamentos, cintilografias e terapias), ecocardiografias, eletrocardiografia dinâmica, estudo hemodinâmico, angiografias e arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia do câncer, radioterapia, medicamentos antineoplásicos orais definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, litotripsias, escleroterapia** e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro-saúde, exceto os descritos para os grupos de carência subsequentes.	180 (cento e oitenta) dias	60 (sessenta) dias	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 3	Parto a termo.	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias
Grupo 4	Transplantes de órgãos e tecidos, todos os procedimentos cirúrgicos associados a OPME /DMI (Órteses, Próteses, Materiais Especiais/Dispositivos Médicos Implantáveis), além de internações de obesidade mórbida, bucomaxilo e ortopédicas.	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias
Grupo 5	Internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise, cirurgias de refração em oftalmologia, acupuntura e psicoterapia.	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias	120 (cento e vinte) dias

*Os prazos de carência serão contados a partir da data de início de vigência do benefício.

**Procedimento escleroterapia não disponível para os planos Direto.

RELAÇÃO DE OPERADORAS CONGÊNERES

AGF / Allianz	Gama	Petrobrás
AIG	Generali	Porto Seguro
Amil	Golden Cross	Sompo Seguros
Blue Life	HSBC/Bamerindus	SulAmérica
Bradesco	IRB	Tempo
CABESP	Lincx	Unibanco Seguros
Caixa Seguros	Medial	UNIMEDs (exceto todas as UNIMEDs do Estado da Bahia)
CAMED	Mediservice	Volkswagen
Care Plus	Notre Dame Intermédica	
DixAmico	Omint	

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:

- comprovante de início no plano de saúde anteriormente contratado (cópia do contrato OU cartão de identificação com data de início no plano de saúde anterior);
- cópia dos 3 (três) últimos recibos de pagamentos quitados OU 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:

- declaração da Pessoa Jurídica contratante, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando:
 - operadora contratada;
 - tipo de plano e acomodação em internação;
 - relação de beneficiários (titular e dependentes), com as respectivas datas de início e fim da cobertura.

Aditivo de redução de carências

Proposta nº 41042178

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*.

Local e data

_____, ____ / ____ / ____

Assinatura eletrônica do proponente titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes), passível de reconhecimento em cartório

Nome completo do angariador / vendedor

LEANDRO SILVA BITTENCOURT

CPF do angariador / vendedor

088.995.857-25

E-mail do angariador / vendedor

lsbittenco@yahoo.com.br

Nome completo do supervisor

ELIANE DE ALMEIDA LOPA SOUZA

CPF ou CNPJ do supervisor

079.898.137-77

Código de identificação do angariador

5428

Uso exclusivo da corretora

EM CASO DE DÚVIDA, LIGUE PARA:

CENTRAL DE VENDAS QUALICORP:Grande São Paulo: **(11) 3178-4000**Rio de Janeiro: **(21) 3223-9055**Outras localidades: **0800-777-4004**

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

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem 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 a 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).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, 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 de 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 da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O 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.



ANS
Agência Nacional de Saúde Suplementar




Ministério da Saúde



BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

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



Operadora: SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE
CNPJ: 01.685.053/0001-56
Nº de registro na ANS: 006246
Site: [http:// www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br)
Tel.: 4004-5900 (capitais e regiões metropolitanas) e
0800-970-0500 (demais regiões)

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, sindicato 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

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	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.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	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.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	
		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. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento 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.	

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	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. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, 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. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.	
	Coletivo Empresarial	
	Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, 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.
	Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.
Coletivo por Adesão		
É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, 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 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. 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. 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. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. 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.
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 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO 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 sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de 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. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. 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 9656/1998, 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 estatutário, 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.

Taxa de Angariação

Eu, **RENATA DE ALMEIDA ANDRADE**, inscrito(a) no CPF sob o nº **120.426.077-03**, signatário(a) do Contrato de Adesão (a “Proposta”) nº **41042178**, declaro que efetuei o pagamento da taxa de angariação para o(a) **LEANDRO SILVA BITTENCOURT**, inscrito(a) no CPF (ou CNPJ) sob o nº **088.995.857-25**.

A **taxa de angariação** é devida ao angariador da Proposta no ato de sua assinatura, por conta da intermediação da contratação do benefício.

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

Em caso de recusa da Proposta, a taxa de angariação será devolvida ao(a) beneficiário(a) pelo angariador.

Local e data

_____, ____ / ____ / ____

Assinatura eletrônica do proponente titular ou de seu representante legal
(no caso de menores ou incapazes), passível de reconhecimento em cartório