



DESTAK

Saúde

Manual de Procedimentos



Neste manual constam os procedimentos, documentações, formulários e orientações para envio e preenchimento de cada operadora, **TODAS as documentações listadas e informações circuladas em amarelo** são imprescindíveis para a realização dos processos de inclusão, exclusão e plano de continuidade.

Sem as mesmas corretas e completas, os processos poderão atrasar e até mesmo perder o prazo, podendo acarretar em custos, carências e negativa da operadora.



Operadoras

- ✓ Ameplan
- ✓ Bradesco
- ✓ Cemeru
- ✓ Clinipam
- ✓ GNDI
- ✓ H Saúde
- ✓ Mediplan
- ✓ São Francisco Saúde
- ✓ São Francisco Vidas
- ✓ São Lucas Saúde
- ✓ Saúde Beneficência
- ✓ Única Saúde
- ✓ Unimed Costa do Sol



Inclusões

Documentos Necessários - Ameplan

saúde

Inclusões

- ✓ Enviar por e-mail até no máximo a data de corte.
- ✓ Ficha de movimentação cadastral
- ✓ Carta de orientação ao beneficiário
- ✓ Declaração de saúde

Documentos (cópias)

Titular

- ✓ Ficha de registro
- ✓ RG e CPF ou CNH
- ✓ Comprovante de residência
- ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados e registro)
- ✓ Ficha de registro

Dependentes

Cônjugue

- ✓ Comprovação de vínculo (certidão de casamento, união estável ou comprovação de filhos em comum)
- ✓ RG e CPF ou CNH

Filhos

- ✓ Comprovação de vínculo (certidão de nascimento ou declaração de guarda)
- ✓ RG (para maiores de 18 anos) e CPF (para todos)
- ✓ Respeitando a convenção coletiva, os beneficiários serão isentos de carências quando solicitada a inclusão em até no máximo 90 ou 180 dias da data de admissão (dependendo do cargo) e até 30 dias da data de vínculo, no caso de novos dependentes. Para inclusões após o prazo determinado, serão aplicadas carências conforme ANS.



DESTAK



Ficha de movimentação cadastral

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL (FMC)

ANS 39.473-4

TITULAR

<input type="checkbox"/> INCLUSÃO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO	<input type="checkbox"/> EMISSÃO DE 2 ^a VIA CARTÃO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA DE PLANO	<input type="checkbox"/> EXCLUSÃO
<input type="checkbox"/> INCLUSÃO NO PLANO ODONTOLÓGICO		<input type="checkbox"/> EXCLUSÃO DO PLANO ODONTOLÓGICO		

CÓDIGO DA EMPRESA	NOME DA EMPRESA		CATEGORIA DE PLANO		
NÚMERO DA CARTEIRINHA	NOME DO TITULAR (NOME DO FUNCIONÁRIO)				
DATA DE ADMISSÃO	DATA DE NASCIMENTO	Nº DA CHAPA	FUNÇÃO	PIS/PASEP OU CNS	
CPF	RG	ORGÃO EMISSOR DO RG	ESTADO CIVIL	SEXO	TELEFONE
NOME DA MÃE DO TITULAR					
ENDERECO			NUMERO	COMPLEMENTO	
BAIRRO		CEP	CIDADE	UF	

✓ Preenchimento do campo “Dependente”

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados para todos os dependentes que deverão ser incluídos, alterados, excluídos ou feita solicitação.

DEPENDENTES

<input type="checkbox"/> INCLUSÃO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO	<input type="checkbox"/> EMISSÃO DE 2 ^a VIA CARTÃO	<input type="checkbox"/> EXCLUSÃO	
<input type="checkbox"/> INCLUSÃO NO PLANO ODONTOLÓGICO		<input type="checkbox"/> EXCLUSÃO DO PLANO ODONTOLÓGICO		
1 NOME DO DEPENDENTE (1)		SEXO	PARENTESCO	NASCIMENTO
CPF DO DEPENDENTE	NOME DA MÃE DO DEPENDENTE			



DESTAK



Continuação da Ficha de movimentação cadastral

✓ Continuação preenchimento do campo “Dependente”

Caso tenha mais dependentes preencher conforme acima.

Dar um visto no final da página (quadro amarelo desse manual)

Empresa carimbar e assinar no campo “Carimbo/Assinatura Empresa”

	NOME DO DEPENDENTE (2)	SEXO	PARENTESCO	NASCIMENTO
2	CPF DO DEPENDENTE	NOME DA MÃE DO DEPENDENTE		
	NOME DO DEPENDENTE (3)	SEXO	PARENTESCO	NASCIMENTO
3	CPF DO DEPENDENTE	NOME DA MÃE DO DEPENDENTE		
	NOME DO DEPENDENTE (4)	SEXO	PARENTESCO	NASCIMENTO
4	CPF DO DEPENDENTE	NOME DA MÃE DO DEPENDENTE		
	NOME DO DEPENDENTE (5)	SEXO	PARENTESCO	NASCIMENTO
5	CPF DO DEPENDENTE	NOME DA MÃE DO DEPENDENTE		
	NOME DO DEPENDENTE (6)	SEXO	PARENTESCO	NASCIMENTO
6	CPF DO DEPENDENTE	NOME DA MÃE DO DEPENDENTE		
	NOME DO DEPENDENTE (7)	SEXO	PARENTESCO	NASCIMENTO
7	CPF DO DEPENDENTE	NOME DA MÃE DO DEPENDENTE		

Protocolo Ameplan

Carimbo/Assinatura Empresa

- a) Obrigatório o preenchimento de todos os campos;
- b) Indicar com um "X" no campo para o TITULAR e um "X" no campo correspondente aos Dependentes para o tipo de movimentação desejada.
- c) Enviar juntamente com esta Ficha (FMC) preenchida, cópia das certidões de casamento (esposa/esposo) ou Declaração de União Estável em cartório (companheira/companheiro); certidão de nascimento para os filhos ou Termo de Guarda para os equiparados.
- d) Exceto para inclusão do TITULAR, as demais movimentações devem informar o Nº da carteirinha do Titular ou Dependente, se for o caso
- e) Encaminhar vínculo empregatício do beneficiário em caso de inclusão de titular.

Visto funcionário



DESTAK



- ✓ Ler, preencher “Local e Data”, nome, CPF e assinar no campo “Beneficiário”

 ANEXO CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO	Contrato Proposta Inclusão				
<p>A AGENCIA 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.</p> <p>O QUE É DECLARAÇÃO DE SAÚDE?</p> <p>É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde Beneficiário ou seu Representante Legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofrer 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 dessa opção.</p> <p>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 ESTADOENÇA OU LESÃO.</p> <p>AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➡ 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, 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. <p>AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➡ 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 à 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. <p>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!</p> <p>*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.</p> <p>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.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Beneficiário: <hr style="border: 2px solid yellow; margin-bottom: 10px;"/> _____ / _____ Local _____ Data _____ </td> <td style="width: 50%;"> Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário: <hr style="border: 2px solid yellow; margin-bottom: 10px;"/> _____ / _____ Local _____ Data _____ </td> </tr> <tr> <td> Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____ </td> <td> Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____ </td> </tr> </table>		Beneficiário: <hr style="border: 2px solid yellow; margin-bottom: 10px;"/> _____ / _____ Local _____ Data _____	Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário: <hr style="border: 2px solid yellow; margin-bottom: 10px;"/> _____ / _____ Local _____ Data _____	Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____	Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
Beneficiário: <hr style="border: 2px solid yellow; margin-bottom: 10px;"/> _____ / _____ Local _____ Data _____	Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário: <hr style="border: 2px solid yellow; margin-bottom: 10px;"/> _____ / _____ Local _____ Data _____				
Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____	Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____				





- Responder TODAS as perguntas em todos os campos.
- TIT – Se refere ao titular do plano (funcionário da empresa).
- DEPENDENTES – Cônjuge ou companheiro(a) e filhos(as) solteiros até 24 anos.

Exemplo: Funcionário + Cônjuge + Filho
Responder as perguntas para: 00 + 01 + 02



DECLARAÇÃO DE SAÚDE

PROPOSTA / CONTRATO

PROONENTE TITULAR

Responda este Questionário de próprio punho colocando "SIM" ou "NÃO"		Características Biométricas	TIT	DEPENDENTES				
				00	01	02	03	04
Histórico Médico Pessoal	01. Já foi cliente da AMEPLAN? Em que situação?	Peso (Kg)						
	02. Faz acompanhamento Médico? Qual especialidade?	Altura (m)						
	03. Tem algum tratamento cirúrgico já indicado ou programado pelo seu médico?	IMC						
	04. Está grávida? Se sim, qual período gestacional?							
	05. É ou foi fumante?							
Antecedentes Patológicos	Faz ou fez tratamento, é ou foi portador de alguma das doenças descritas abaixo?							
	01. Alguma doença do aparelho cardíaco-circulatório (angina, infarto, pressão alta, varizes, trombos, outros)?							
	02. Doenças do aparelho digestivo (vesícula, fígado, intestino) como úlcera, gastrite, outras?							
	03. Doenças do sistema nervoso (derrame, paralisia cerebral, coluna, Parkinson, Alzheimer, epilepsia, outras)?							
	04. Doenças do ouvido, nariz e garganta (surdez, otite, desvio de septo, sinusite, rinite, amigdalite, faringite, outras)?							
	05. Doenças dos olhos e anexos (catarata, glaucoma, miopia, hipermetropia, estrabismo, outras)?							
	06. Doenças crônicas do aparelho respiratório (asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, tuberculose, outras)?							
	07. Problemas ortopédicos (artrose, hérnia de disco, deformidades ósseas, outras)?							
	08. Doenças ou tumorações benignas ou malignas (câncer, leucemia, carcinoma)?							
	09. Doenças ou mal formações congênitas ou hereditárias?							
	10. Doenças do aparelho gênito-urinário (cálculos, infecção nos rins, insuficiência renal, bexiga, uréia, outras)?							
	11. Doenças ginecológicas e de mama (períneo, mioma, cisto de ovário, cisto de mama, outras)?							
	12. Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, hidrocele, fimose, para-fimose, outras)?							
	13. Transtornos mentais e do comportamento (depressão, esquizofrenia, neurose, retardamento mental) ou pelo uso de drogas?							
	14. Doenças do sangue ou imunológicas (anemia, púrpura, outras) ou relacionadas ao HIV (Aids e suas complicações)?							
15. Alguma doença endócrina ou metabólica como diabetes, hipófise, tireoide, outras?								

Item se refere ao número da pergunta no formulário acima.

Caso o cônjuge responda "sim" para a pergunta abaixo:

05. Doenças dos olhos e anexos (catarata, glaucoma, miopia, hipermetropia, estrabismo, outras)?

ITEM	ESCLARECIMENTO - (QUANDO ALGUMA RESPOSTA ACIMA FOR POSITIVA - SIM)
05 – Cônjuge	Miopia 3,25 esquerdo e direito. Uso de lentes de contato trocados diariamente. Miopia desde os 14 anos



DESTAK

Continuação da Declaração de Saúde

- ✓ Anexar um relatório médico com as informações da patologia.

Se qualquer das Respostas do Questionário acima for "SIM", esclareça abaixo:

ESCLARECIMENTO - (QUANDO ALGUMA RESPOSTA ACIMA FOR POSITIVA - SIM)

ITEM	ESCLARECIMENTO
05 – Cônjugue	Miopia 3,25 esquerdo e direito. Uso de lentes de contato trocados diariamente. Miopia desde os 14 anos

Declaro ainda, que as informações prestadas por mim e pelos meus dependentes, são verdadeiras e completas, estando ciente de que, de acordo com ART. 766 do Código Civil, se estiver omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta, perderei o direito de quaisquer Coberturas do Contrato, o qual ficará anulado sem que tenha direito à devolução dos valores pagos.

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 ou Entrevista Qualificada.

- ✓ Ler, marcar uma das alternativas, preencher "Local e Data" e assinar no campo "Assinatura do Proponente Titular ou Responsável"

- Não optei pela orientação de um Médico, por não ter encontrado dificuldades no preenchimento da Declaração de Saúde.
- Não optei pelo agravo nas mensalidades referentes as Doenças e Lesões Pré-Existentes, ficando estabelecida a CPT (Cobertura Parcial Temporária), para as DLPs acima declaradas.
- Optei pela orientação de um Médico não pertencente a Rede Credenciada da Contratada, assumindo o ônus desta entrevista.

Local e Data

Assinatura do Proponente Titular ou Responsável

Médico Orientador, se houver:

Declaro que prestei as orientações necessárias para o proponente titular preencher esta Declaração de Saúde.

Assinatura do Médico e carimbo com nome e CRM:

Parecer Médico: CPT para PAC (Procedimentos de Alta Complexidade) relacionados com CID - Uso Exclusivo da AMEPLAN

Tit. (): _____

Dep. (): _____

Dep. (): _____

Dep. (): _____

Auditória Médica AMEPLAN

1º VIA AMEPLAN - 2º VIA CORRETORA

AMP-DECLARAÇÃO DE SAÚDE - OUTUBRO/2017

ANS - nº 39.473-4



DESTAK

Exclusões e Planos de Continuidade

Documentos Necessários - Ameplan

saúde



Exclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- ✓ No caso de demissão é necessário o envio da **cópia da rescisão, ficha de movimentação cadastral, termo de opção de continuidade ao plano de assistência médica.**
- ✓ No caso de óbito enviar cópia da **certidão de óbito.**
- ✓ Nos casos em que o colaborador decide romper com o contrato, se faz necessário o envio da **ficha de movimentação cadastral e ficha de exclusão TOTAL plano de saúde ou ficha de exclusão de DEPENDENTES plano de saúde**, para cancelamento, o mesmo deverá ter cumprido o **prazo de permanência mínima de 12 meses e 6 meses sem utilização ou conforme contrato vigente.**



Planos de continuidade

- ✓ Caso o beneficiário opte pela continuidade no plano ele deverá enviar as documentações necessárias **até no máximo 30 dias da data de demissão.**

Documentos

- ✓ Orientação Plano de Continuidade
- ✓ Termo de Opção de Continuidade ao Plano de Assistência Médica.
- ✓ RG e CPF ou CNH
- ✓ Rescisão
- ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados, registro e baixa)
- ✓ Três últimos holerites
- ✓ Comprovante de residência

- ✓ Caso o beneficiário não opte pela continuidade no plano deverá assinar o termo de opção e o RH reter as carteirinhas no momento da demissão.



DESTAK



Plano de Continuidade

✓ Orientação Plano de Continuidade

Ler e encaminhar documentações solicitadas junto com o “Termo de Opção de Continuidade ao Plano de Assistência Médica” devidamente preenchido e assinado.



ANS 39.473-4

Plano Continuidade (EXTENSÃO DO PLANO APÓS SER DEMITIDO)

O funcionário tem direito ao plano continuidade, caso se enquadre nos requisitos abaixo:

- Ter sido beneficiário de plano coletivo decorrente de vínculo empregatício;
 - Ter contribuído com, pelo menos, parte do pagamento do seu plano de saúde (holerite);
 - Assumir o pagamento integral do benefício;
 - Não ser admitido em novo emprego que possibilite o acesso a plano privado de assistência medica;
 - Formalizar a opção de manutenção no plano no prazo de 30 dias contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício;
 - Manifestar no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data de desligamento da empresa;
 - Ter sido dispensado da empresa sem justa causa, caso tenha efetuado pedido de demissão ou tenha sido demitido com justa causa, perde o direito a solicitação.
-
- Xerox do RG e CPF
 - Xerox do comprovante de endereço com CEP
 - Xerox dos 3 últimos holerites
 - Xerox do termo de Rescisão de Contrato
 - Carteira de Trabalho
 - Carta de Concessão de Aposentadoria (caso já seja aposentado)

Encaminhar documentação para cadastro.9@ameplansaude.com.br

Dúvidas entrar em contato com Fernanda (11) 3321-9721

Att,

Departamento de Cadastro

Ameplan Assistência Médica Planejada Ltda.

Visto funcionário





Plano de Continuidade

✓ Termo de Opção de Continuidade ao Plano de Assistência Médica.

Preencher todos os dados do termo abaixo e marcar a opção desejada, se vai ou não permanecer no plano e assumir o custo integral da mensalidade.



ANS 39.473-4

TERMO DE OPÇÃO DE CONTINUIDADE AO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Lei nº 9.656/98 (alterado pela medida provisória nº 2.177-44 de 24.8.01)

OPERADORA: AMEPLAN ASSISTÊNCIA MÉDICA PLANEJADA S/C LTDA., inscrita no CNPJ/MF

sob nº 67.839.969/0001-2, sediada nesta Capital na Rua Ubatu Mirim, 45 - 3º andar - Vila Gea CEP 04692-010;

Eu, _____,
portador do RG nº _____ e CPF nº _____,
residente no endereço, _____, n.º _____,
bairro _____, Cidade _____, UF _____,
CEP: _____, telefone _____.
Ex-colaborador da empresa _____,
inscrita no CNPJ nº _____.
Admitido em ____ / ____ / ____ e desligado em ____ / ____ / ____ , declaro
para os devidos fins que:

Não tenho interesse em permanecer com o Plano de Assistência Médica.

Opto em permanecer com o Plano de Assistência Médica, arcando com o pagamento integral da
mensalidade do plano, no valor detalhado abaixo, pelo período determinado pela Lei 9656/1998 e suas
resoluções.



DESTAK

Plano de Continuidade

✓ Continuação - Termo de Opção de Continuidade ao Plano de Assistência Médica.

Empresa preencher tempo de contribuição do funcionário no plano de saúde.

Funcionário preencher os campos do titular e dependentes com as pessoas que vão permanecer no plano.

Empresa preencher o valor do plano para o funcionário e seus dependentes, conforme faixa etária.

Funcionário preencher local e data e assinar no campo “Assinatura do Beneficiário”

Empresa assinar e carimbar (carimbo CNPJ) no campo “Assinatura e Carimbo RH/Empresa”.

Preenchimento pela empresa:

Tempo de contribuição no plano de assistência médica por _____(anos/meses)

Tenho interesse também que meu(s) dependente(s), citado(s) abaixo, permaneça(m) no plano de Assistência Médica, obrigando-me a arcar com o valor integral da mensalidade. A partir de minha continuidade no Plano de Assistência Médica, o valor mensal será determinado conforme a faixa etária de cada integrante do meu grupo familiar

Valores informados previamente pela empresa:

	Idade	Valor Plano + Odonto
Titular:		
Dep. 1:		
Dep. 2:		
Dep. 3:		
Dep. 4:		
Dep. 5:		
Dep. 6:		
	Total	

Local e data:

Assinatura do Beneficiário

Assinatura e Carimbo RH/Empresa:



DESTAK



✓ Continuação - Termo de Opção de Continuidade ao Plano de Assistência Médica.
Ler, preencher e assinar “Condições para Obtenção e Manutenção do Benefício”



ANS 39.473-4

CONDIÇÕES PARA OBTENÇÃO E MANUTENÇÃO DO BENEFÍCIO - PLANO DE CONTINUIDADE

Todas as condições descritas abaixo precisam ser atendidas.

1. Manifestar formalmente, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data de desligamento da Empresa, mediante este formulário, interesse em permanecer no plano de assistência médica
2. O titular deve ter contribuído, ou seja, pago integralmente ou parcialmente a mensalidade de seu plano médico enquanto foi empregado da empresa. Coparticipação não é contribuição pela mensalidade. Perante a RN 279, entende-se por contribuição: “qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica” (RN 279/2011, artigo 2º, inciso I).
3. Apartir deste momento, arcar com o pagamento integral da mensalidade no valor de R\$ _____, cobrado diretamente pela Ameplan Assistência Médica ao ex-empregado, mediante boleto bancário.
4. Estar sujeito às mesmas condições de coberturas, mecanismos de regulação, rede credenciada dos planos, reajustes anuais e de faixa etária, mantidas contratualmente entre a Empresa (ex-empregadora) com a Ameplan Assistência Médica
5. Benefício restrito a ex-empregados, desligados por motivo de: Demissão ou Exoneração, SEM justa causa ou Aposentadoria.
6. Tempo de permanência no Plano de Continuidade
 - Para ex-empregado, por motivo de Demissão ou Exoneração SEM justa causa, pode permanecer no plano pelo prazo de um terço (1/3) do período que CONTRIBUIU pelo pagamento da mensalidade do seu plano médico e/ou odontológico, na operadora atual ou antecessora(s). O prazo mínimo de permanência é de 6 (seis) meses e o prazo máximo é de 24 (vinte e quatro) meses.
 - Para o ex-empregado, por motivo de Aposentadoria, que contribuiu pelo pagamento da mensalidade do seu plano médico e/ou odontológico em até 10 anos, pode permanecer pelo período proporcional de um para um. Exemplo: o titular pagou por seu plano médico durante 9 anos e 11 meses, ele poderá permanecer no plano por 9 anos e 11 meses.
 - Para o ex-empregado, por motivo de Aposentadoria, que contribuiu pelo pagamento da mensalidade do seu plano médico e/ou odontológico por mais de 10 anos, poderá permanecer pelo prazo vitalício na Ameplan Assistência Médica enquanto a contratante permanecer com a operadora.
7. Após o prazo limite de permanência, o plano é cancelado automaticamente, bem como quando o titular é admitido em novo emprego. O plano médico e/ou odontológico é cancelado quando ocorrer falta de pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não.
8. Em caso de falecimento do titular, os dependentes têm direito a permanecer no plano, mediante carta nomeando o dependente que assumirá a titularidade e cópia da Certidão de Óbito do titular. Os dependentes continuarão pelo período remanescente com as mesmas condições previamente estabelecidas, desde que a solicitação seja feita até 30 dias da data do óbito.
9. Em caso de casamento, nascimento ou adoção, o titular deve solicitar a inclusão do novo dependente no prazo de 30 (trinta) dias do evento, para obter a isenção de carências. Caso seja após esse prazo, o dependente ingressará com carências normais.

Local e data: _____

Assinatura do Beneficiário

Assinatura e Carimbo RH/Empresa:



DESTAK



Ficha de exclusão TOTAL plano de saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE EXCLUSÃO TOTAL PLANO DE SAÚDE



Nome do Funcionário:	CPF:	RG:	Cidade:	UF:
Cargo:				
Motivo Exclusão:	N° Carteirinha _____			

✓ Preenchimento do campo “Carta de cancelamento”

Preencher TODOS os campos marcados.

Carta de cancelamento

Eu, _____, portador do CPF: _____ e RG: _____,
contribuinte do plano de saúde: _____ carteirinha nº: _____,
da empresa: _____.
Desejo efetuar o cancelamento do plano a partir de _____ / _____ / _____.

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que cumpri com as cláusulas contratuais, respeitei o prazo mínimo de permanência de 12 meses para todos os beneficiários do meu grupo familiar, estou ciente de que a exclusão total do plano abrange titulares, todos os dependentes e agregados.

Estou entregando todas as carteirinhas ao RH da empresa.

Local e data

_____, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura Funcionário



DESTAK



Ficha de exclusão de DEPENDENTES plano de saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE PLANO DE SAÚDE



Nome do Funcionário:	Cargo:	CPF:	RG:	Cidade:	UF:
Motivo Exclusão:	N° Carteirinha				

✓ Preenchimento do campo “Carta de cancelamento”

Preencher TODOS os campos marcados e dados de todos os dependentes que deverão ser excluídos.

Carta de cancelamento

Eu, _____, portador do CPF: _____ e RG: _____,	contribuinte do plano de saúde: _____ carteirinha nº: _____,
da empresa: _____.	
Desejo efetuar o cancelamento apenas dos dependentes citados abaixo:	
Nome: _____	carteirinha nº: _____
a partir de : _____ / _____ / _____	

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que cumpri com as cláusulas contratuais, respeitei o prazo mínimo de permanência de 12 meses para todos os beneficiários do meu grupo familiar, estou ciente de que a exclusão do plano abrange apenas os dependentes e agregados citados acima.

Estou entregando as carteirinhas dos dependentes e agregados citados ao RH da empresa.

Local e data

_____, de _____ de 20 _____.





Assinatura Funcionário



DESTAK

Introdução

Bradesco

saúde



Neste manual constam os procedimentos, documentações, formulários e orientações para envio e preenchimento de cada operadora, **TODAS as documentações listadas e informações circuladas em amarelo** são imprescindíveis para a realização dos processos de inclusão, exclusão e plano de continuidade.

Sem as mesmas corretas e completas, os processos poderão atrasar e até mesmo perder o prazo, podendo acarretar em custos, carências e negativa da operadora.



Operadoras

- ✓ Ameplan
- ✓ **Bradesco**
- ✓ Cemeru
- ✓ Clinipam
- ✓ GNDI
- ✓ H Saúde
- ✓ Mediplan
- ✓ São Francisco Saúde
- ✓ São Francisco Vidas
- ✓ São Lucas Saúde
- ✓ Saúde Beneficência
- ✓ Única Saúde
- ✓ Unimed Costa do Sol



DESTAK

Inclusões

Documentos Necessários - Bradesco

saúde



Inclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- ✓ Ficha de Inclusão de Grupo Familiar – Declaração de Saúde
- ✓ Carta de Inclusão

Documentos (cópias)

Titular

- ✓ Ficha de registro
- ✓ RG e CPF ou CNH
- ✓ Comprovante de residência
- ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados e registro)
- ✓ Ficha de registro

Dependentes

Cônjuge

- ✓ Comprovação de vínculo (certidão de casamento, união estável ou comprovação de filhos em comum)
- ✓ RG e CPF ou CNH

Filhos

- ✓ Comprovação de vínculo (certidão de nascimento ou declaração de guarda)
- ✓ RG (para maiores de 18 anos) e CPF (para todos)

- ✓ Respeitando a convenção coletiva, os beneficiários serão isentos de carências quando solicitada a inclusão em até no máximo 90 ou 180 dias da data de admissão (dependendo do cargo) e até 30 dias da data de vínculo, no caso de novos dependentes. Para inclusões após o prazo determinado, serão aplicadas carências conforme ANS.



DESTAK

Ficha de Inclusão de Grupo Familiar – Declaração de Saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Preencher TODOS os campos marcados, se atentar aos **códigos**.



Bradesco Saúde e Bradesco Dental Coletivo Empresarial
SPG Top e Hospitalar Segurados/Beneficiários
 Ficha de Inclusão de Grupo Familiar em
 Seguro/Plano de Reembolso de Despesa de Assistência Médica Hospitalar e/ou Odontológica
 (Para contratos a partir de 01/01/1999 e adaptados a Lei 9656/98)



Companhia Seguradora Bradesco Saúde S.A.		CNPJ 92.693.118/0001-60	Registro na ANS: 005711	Operadora Odontoprev S.A.	CNPJ 58.119.199/0001-	Registro na ANS: 30194-9	
Tipo 3	Cia 571	Contrato	Subfatura	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante			
Código	Sexo 1 - Masc 2 - Fem	Estado Civil (Est. Civil) 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Separado/Divorciado				Parentesco 1 - Cônjugue 2 - Filho 8 - Outros	
01. Dados do Titular							
Nome				CPF	Sexo	Data Nascimento	
DNV (Declaração de Nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil)	Matrícula Funcional	Data de Admissão	Natureza Identificação (RG,CNH, etc)	Número do Documento	Orgão Expedidor (IFP, CRB, etc)	
Cargo / Profissão		PIS/PASEP		País de Origem (proponente/titular Estrangeiro)		Cód. (uso da Cia)	E-mail
Dados Adicionais do Titular	Est.Civil (Código)	Altura (cm)	Peso (Kg)	Data de Início de Vigência		Nome da Mãe	
02. Titular Inativo							
Situação	1 - Demitido 2 - Aposentado		Data de Cancelamento				
03. Endereço							
Endereço Completo (Abreviaturas: Rua (R) / Avenida (Av) / Praça (Pca) / Alameda (Al) / Apartamento (Ap) / Bloco (Bl) / Quadra (Qd) / Edifício (Ed)							
Bairro	Cidade			CEP	UF		
(DDD) Telefone 1	Ramal	(DDD) Telefone 2	Ramal				
/	/	/	/				
04. Transferências (Outros Planos/Seguros de Saúde)							
1. Sim (<input type="checkbox"/>)	2. Não (<input type="checkbox"/>)	Caso SIM anexar Documentação e informar:	Nome da Cia		Código	Data de Início	Número do Cartão
05. Dados do Plano							
Plano: <input type="checkbox"/> Hospitalar	Plano: <input type="checkbox"/> Top			Código do Plano	Código Região		
Rede: <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Nacional Plus	Acomodação: <input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Enfermaria (Exceto Rede Nacional Plus)	Rede: <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Nacional Plus	<input type="checkbox"/> Preferencial <input type="checkbox"/> Nacional Flex	Acomodação: <input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Enfermaria (Exceto Rede Nacional Plus)	Nome da Região		
06. Forma de Reembolso das Despesas Ocorridas Fora da Rede Referenciada/Credenciada							
1. Crédito Automático 2. Ordem de Pagamento (Somente Agência Bradesco)	Banco (Nº / Nome)	Agência (Cód/Dig)	Nome da Agência		Conta Corrente	Díg	
(<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07. Dados de Angariação							
Código do Angariador na Cia	Código do Corretor na Cia			Data de Angariação	Código da Agência na Cia		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Código do Supervisor na Cia	Código do Preposto na Cia						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

✓ Preenchimento do campo “Dependente”

Preencher TODOS os campos marcados para todos os dependentes que deverão ser incluídos.

08. Dependente(s)						
Cód.	Nome do Dependente 01			CPF	Data de Nascimento	Altura (cm)
Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)						
1	Preencher conforme Código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 01	
CNS (Carteira Nacional de saúde)			DNV (Declaração de Nascido Vivo)		RIC (Registro de Identificação Civil)	



Continuação da Ficha de Inclusão de Grupo Familiar – Declaração de Saúde

✓ Continuação preenchimento do campo “Dependente”

Caso tenha mais dependentes preencher conforme acima.

Titular preencher “Local e Data” e assinar no campo “Assinatura Proponente/Titular”

Cód.	Nome do Dependente 02				CPF	Data de Nascimento	Altura (cm)	Peso (Kg)
	Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)							
2	Preencher conforme Código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 02			
	CNS (Carteira Nacional de saúde)				DNV (Declaração de Nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil)		
Cód.	Nome do Dependente 03				CPF	Data de Nascimento	Altura (cm)	Peso (Kg)
	Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)							
3	Preencher conforme Código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 03			
	CNS (Carteira Nacional de saúde)				DNV (Declaração de Nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil)		
Cód.	Nome do Dependente 04				CPF	Data de Nascimento	Altura (cm)	Peso (Kg)
	Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)							
4	Preencher conforme Código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 04			
	CNS (Carteira Nacional de saúde)				DNV (Declaração de Nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil)		
<p>[Redacted], [Redacted] de [Redacted] de [Redacted]</p> <p>Local/Data</p>								

Assinatura do Proponente/Titular

SETEMBRO/2016

Assinatura do Angariador

PÁG. 1 / 9

CÓD. FORM. ELETR. 0789



✓ Carta de orientação ao beneficiário

Ler, preencher “Local e Data”, nome e assinar no campo “Beneficiário”

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 sofrer 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, 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 de Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

• AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária – CPT – NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

*Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS – www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Beneficiário	Intermediário entre a operadora e o beneficiário		
_____, ____ / ____ / ____	_____, ____ / ____ / ____		
Local	Data	Local	
Nome: _____		Nome: _____	
Assinatura: _____		Assinatura: _____	
Nome: _____		Nome: _____	
CPF: _____		Assinatura: _____	



DESTAK



✓ Declaração de saúde

Ler, preencher “Local e Data” e assinar no campo “Assinatura Proponente/Titular”

SPG 100: preenchimento não obrigatório, EXCETO nos casos de inclusão fora do prazo (após 30 dias da elegibilidade)



Bradesco Saúde e Bradesco Dental Coletivo Empresarial
SPG Top e Hospitalar Segurados/Beneficiários
Ficha de Inclusão de Grupo Familiar em
Seguro/Plano de Reembolso de Despesa de Assistência Médica Hospitalar
e/ou Odontológica (Para contratos a partir de 01/01/1999 e adaptados a Lei 9656/98)



Companhia Seguradora Bradesco Saúde S.A.	CNPJ 92.893.118/0001-60	Registro na ANS: 005711	Operadora Odontoprev S.A.	CNPJ 58.119.199/0001-51	Registro na ANS: 30194-9
Tipo 3 Cia 571	Contrato [redacted]	Subfatura [redacted]	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante [redacted]		

09. Declaração de Saúde

Para habilitar-se à contratação deste grupo, V.S.^a deverá preencher e assinar a Declaração de Saúde, registrando todas as informações sobre doenças ou lesões de que seja portador, e das quais tenha conhecimento, com relação a si e a todos os dependentes que pretenda incluir no seguro.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

09.1 No preenchimento desta Declaração de Saúde, V.S.^a tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico referenciado da Bradesco Saúde, ou por um de sua confiança caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

09.1.1 Caso opte pela orientação de médico referenciado, solicite ao seu Corretor a Relação de Referenciados da Bradesco Saúde habilitados a realizar este procedimento.

09.2 Esta Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que V.S.^a tenha conhecimento no momento da assinatura da proposta deste grupo, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes que pretende incluir no seguro.

09.3 Havendo Declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecida pela Bradesco Saúde a Cobertura Parcial Temporária (CPT), na forma determinada pela Lei nº 9.656/98 e sua atualização.

Cobertura Parcial Temporária (CPT) – V.S.^a ou qualquer de seus dependentes, não terá direito aos procedimentos de alta complexidades, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Nenhuma cobertura poderá ser negada a V.S.^a, ou a qualquer um de seus dependentes, para doenças ou lesões preexistente não declarada, até que a Bradesco Saúde apresente as provas concretas junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de que V.S.^a omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta Declaração de Saúde. ATÉ DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual V.S.^a saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, para si ou para qualquer dependente, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do seguro. Nesse caso, V.S.^a será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da Bradesco Saúde alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Artigo 766 do Código Civil Brasileiro – “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.”

DEFINIÇÕES IMPORTANTES

Conforme os normativos da ANS, seguem as definições de Cobertura Parcial Temporária (CPT) e Agravo:

Cobertura Parcial Temporária (CPT) : período de 24 (vinte quatro meses), estabelecido em contrato, durante o qual as doenças e lesões preexistentes declaradas pelo consumidor não têm cobertura integral, podendo, neste período, haver exclusão da cobertura de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS e internação em unidade de tratamento intensivo, assim consideradas aquelas que apresentam as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde.

Agravo: acréscimo no valor da mensalidade do seguro de saúde, oferecido ao consumidor como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes. A Bradesco Saúde não pratica Agravo.

[redacted] de [redacted] de [redacted]
Local / Data

Assinatura do Proponente/Titular

SETEMBRO/2016

Assinatura do Angariador

PAG. 4 / 9

CÓD. FORM. ELETR. 0789



U Declarão de Saúde

- Responder TODAS as perguntas em todos os campos.
- TITULAR** – Se refere ao titular do plano (funcionário da empresa).
- DEPENDENTES** – Cônjuge ou companheiro(a) e filhos(as) solteiros até 24 anos.

Exemplo: Funcionário + Cônjuge + Filho Responder as perguntas para: Titular + 1º + 2º



**Bradesco Saúde e Bradesco Dental Coletivo Empresarial
SPG Top e Hospitalar Segurados/Beneficiários**

Ficha de Inclusão de Grupo Familiar em
Seguro/Plano de Reembolso de Despesa de Assistência Médica Hospitalar
e/ou Odontológica (Para contratos a partir de 01/01/1999 e adaptados a Lei
9656/98)



Companhia Seguradora Bradesco Saúde S.A.	CNPJ 92.693.118/0001-60	Registro na ANS: 005711	Operadora Odontoprev S.A.	CNPJ 58.119.199/0001-51	Registro na ANS: 30194-9
Tipo 3	Cia 571	Contrato	Subfatura	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante	

PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO

Para o preenchimento da Declaração de Saúde abaixo, V.S.^a poderá utilizar um médico para sua orientação. Solicite ao seu corretor a relação de referenciados da Bradesco Saúde S.A.

Se V.S.^a preferir algum médico referenciado para realização da consulta, esta não lhe trará qualquer ônus. A consulta também pode ser feita com um médico não referenciado de sua escolha e, neste caso a despesa ficará por sua conta. Os campos de 1 a 31, deverão ser preenchidos com S (Sim) ou N (Não). Caso um ou mais itens sejam afirmativos, esclareça-os no quadro complementar no final deste questionário.

Itens ↓	Respostas do Proponente/Titular: S (Sim) ou N (Não)	→	Dependentes				
			Titular	1º	2º	3º	4º
1. É portador de diabetes? Se sim, informe no quadro ao final deste questionário a data do diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento e as complicações a ela associadas.							
2. É portador de alguma doença endocrinológica, tal como hipotireoidismo, tireoidite, obesidade e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento							
3. É portador de câncer? Se sim, informe a data do diagnóstico, o órgão afetado, o tratamento realizado, o período de tratamento e as manifestações da doença em outros órgãos (metástases).							
4. É portador de doenças sexualmente transmissíveis ou outras doenças infecto-contagiosas, tal como Aids, doenças venéreas, hepatite, meningites, tuberculose e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.							
5. Submete-se a algum tipo de tratamento à base de quimioterapia, radioterapia, diálise ou litotripsia? Se sim, informe o tipo de tratamento e o tipo de patologia.							
6. É portador de hérnia, tal como inguinal uni/bilateral, umbilical, incisional e outras? Se sim, informe a data da cirurgia.							
7. É portador de alguma doença cardiovascular, tal como angina, infarto do miocárdio, cardiopatia e outras? Se sim informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado, o período de tratamento e a data da cirurgia.							
8. É portador de hipertensão arterial (pressão alta)? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.							
9. É portador de alguma doença do aparelho respiratório, tal como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite, enfisema e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.							



DESTAK



Continuação da Declaração de Saúde

✓ Continuar respondendo TODAS as perguntas, preencher “Local e Data” e assinar no campo “Assinatura Proponente/Titular”.

10. É portador de alguma doença do ouvido, nariz ou garganta, tal como sinusite, desvio de septo, amigdalite, otite e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11. É portador de alguma doença gastroenterológica, tal como úlcera, cirrose hepática, pancreatite, doença inflamatória intestinal e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

[REDACTED], de [REDACTED] de [REDACTED]

Local / Data

Assinatura do Proponente/Titular

SETEMBRO/2016

Assinatura do Angariador

PAG. 5 / 9

CÓD. FORM. ELETR. 0789

Bradesco Seguros intranet

✓ Continuar respondendo as perguntas



Bradesco Saúde e Bradesco Dental Coletivo Empresarial

SPG Top e Hospitalar Segurados/Beneficiários

Ficha de Inclusão de Grupo Familiar em
Seguro/Plano de Reembolso de Despesa de Assistência Médica Hospitalar
e/ou Odontológica (Para contratos a partir de 01/01/1999 e adaptados a Lei
9656/98)



Companhia Seguradora Bradesco Saúde S.A.	CNPJ 92.693.118/0001-60		Registro na ANS: 005711	Operadora Odontoprev S.A.	CNPJ 58.119.199/0001-51	Registro na ANS: 30194-9
Tipo 3	Cia 571	Contrato [REDACTED]	Subfatura [REDACTED]	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante [REDACTED]		

09. Declaração de Saúde (Continuação)

Itens ↓ Respostas do Proponente/Titular: S (Sim) ou N (Não)

→

12. É portador de alguma doença ortopédica, tal como escoliose, cifose, artrose e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.

Titular	Dependentes			
	1º	2º	3º	4º
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

13. É portador de hérnia de disco cervical, lombar ou dorsal? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.

14. É portador de alguma doença reumática, tal como artrite, lúpus, ... e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.

15. É portador de alguma doença neurológica, tal como acidente vascular, cerebral (derrame) doença de Parkinson, epilepsia, paralisia cerebral, doença de Alzheimer, esclerose múltipla e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.

16. É portador de doença psiquiátrica, tal como depressão, esquizofrenia, demência, alcoolismo, dependência de drogas e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado (psicoterápico) e o período de tratamento.

17. É portador de alguma doença de sangue tal como anemia, leucemia, linfoma, doença de Hodgkin, mieloma múltiplo e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.



DESTAK



Continuação da Declaração de Saúde

✓ Continuar respondendo TODAS as perguntas, preencher “Local e Data” e assinar no campo “Assinatura Proponente/Titular”.

18. Submete-se a alguma transfusão de sangue ou de seus derivados? Se sim, informe a data de transfusão e o motivo.

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

19. É portador de doença oftalmológica, tal como catarata, miopia, glaucoma, estrabismo, astigmatismo, hipermetropia e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento, as doenças associadas com manifestações oftalmológicas, o uso de óculos, lentes de contato e o grau de correção necessária.

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

20. É portador de alguma doença ginecológica, tal como mioma uterino, cisto de ovário, nódulo de mama, prolapsos genitais e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

21. É portador de alguma doença urológica ou renal, tal como cálculo renal, insuficiência renal, doença de próstata, varicocele e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

22. É portador de alguma doença ou deformidade congênita ou hereditária? Se sim, informe qual.

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

23. É portador de varizes? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

24. É portador de alguma sequela provocada por alguma doença ou acidente? Se sim, informe a data do acidente/doença e o tipo de sequela.

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

25. É portador de prótese e/ou órtese, tal como marca-passo, prótese ortopédica, válvula cardíaca, stent? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

, de de

Local / Data

Assinatura do Proponente/Titular

SETEMBRO/2016

Assinatura do Angariador

PÁG. 6 / 9

CÓD. FORM. ELETR. 0789

intranet

✓ Terminar de responder as perguntas

09. Declaração de Saúde (Continuação)

Itens ↓ Respostas do Proponente/Titular: S (Sim) ou N (Não)

→

26. É transplantado ou tem indicação de submeter-se a algum tipo de transplante? Se sim, informe a data do transplante ou a data de indicação do transplante e o tipo de transplante.

Titular	Dependentes			
	1º	2º	3º	4º

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

27. Está grávida? Se sim, informar o tempo de gravidez.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

28. É portador de qualquer outra deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

29. É portador de alguma doença não relacionada nas perguntas anteriores? Se sim, informe o tipo e a data do tratamento realizado.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

30. Tem indicação para submeter-se a algum tratamento clínico? Se sim, informe-o especificamente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

31. Tem indicação para submeter-se proximamente a algum tratamento cirúrgico? Se sim, informe-o especificamente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



DESTAK



Continuação da Declaração de Saúde

✓ Item se refere ao número da pergunta no formulário acima e código do proponente ao beneficiário.

Caso o cônjuge responda “sim” para a pergunta abaixo:

19. É portador de doença oftalmológica, tal como catarata, miopia, glaucoma, estrabismo, astigmatismo, hipermetropia e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento, as doenças associadas com manifestações oftalmológicas, o uso de óculos, lentes de contato e o grau de correção necessária.

Item	Código do Proponente	Esclarecimentos
19	Cod. 1 - Cônjugue	Miopia 3,25 esquerdo e direito. Uso de lentes de contato trocados diariamente. Miopia desde os 14 anos

✓ Anexar um relatório médico com as informações da patologia.

Ler, marcar uma das alternativas, preencher “Local e Data” e assinar

Se a resposta a algum dos itens acima for positiva, para qualquer um dos proponentes, responder de acordo com o que foi solicitado, especificando o item e o código do proponente. Este campo também pode ser utilizado para comentários ou informações adicionais que se fizerem necessários.

Item	Código do Proponente	Esclarecimentos
19	Cód. 1 - Cônjugue	Miopia 3,25 esquerdo e direito. Uso de lentes de contato trocados diariamente. Miopia desde os 14 anos

10. Entrevista Qualificada

- () 1. Declaro que fui orientado por médico referenciado da Bradesco Saúde no preenchimento da Declaração de Saúde.
2. Declaro que fui orientado pelo meu médico particular, não referenciado da Bradesco Saúde, no preenchimento da Declaração de Saúde.
3. Declaro que me foram oferecidas as opções 1 e 2 acima especificadas, e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, deixei de fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações prestadas nessa Declaração.

, de de

Local / Data

Assinatura do Proponente/Titular

Assinatura do Angariador

Assinatura do Médico Orientador, c/ carimbo e CRM, quando for o caso.





Continuação da Declaração de Saúde

✓ Ler, preencher “Local e Data” e assinar no campo “Assinatura do Beneficiário Titular”.



Bradesco Saúde e Bradesco Dental Coletivo Empresarial
SPG Top e Hospitalar Segurados/Beneficiários
Ficha de Inclusão de Grupo Familiar em
Seguro/Plano de Reembolso de Despesa de Assistência Médica Hospitalar
e/ou Odontológica (Para contratos a partir de 01/01/1999 e adaptados a Lei
9656/98)



Companhia Seguradora Bradesco Saúde S.A.	CNPJ 92.893.118/0001-60	Registro na ANS: 006711	Operadoras Odontoprev S.A.	CNPJ 58.119.199/0001-51	Registro na ANS: 30194-9
Tipo S	Cia 571	Contrato	Subfatura	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante	

11. Declaração do Beneficiário – Saúde

Pela presente, autorizo a inclusão do meu nome e de meus dependentes na apólice do Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar solicitada à Bradesco Saúde S.A. pelo estipulante mencionado, a quem concedo o direito de agir em meu nome e de meus dependentes, no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais da referida apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato ser encaminhados diretamente ao aludido estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação.

Entretanto, fica ressalvo que os poderes de representação ora outorgados não lhe dão o direito de cancelar o seguro aqui proposto sem o meu consentimento expresso, enquanto o pagamento do prêmio ocorrer integralmente sob minha responsabilidade.

Declaro ter conhecimento da existência e disponibilidade da Bradesco Saúde SPG Top – Rede Nacional, acomodação enfermaria, que corresponde ao “Plano Referência” instituído pela Lei nº 9.656/98, declarando ainda que tal contrato me foi oferecido, tendo eu optado pela contratação dos seguros com outra composição de coberturas.

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas nesta ficha, inclusive as que estão impressas. Declaro ter ciência dos termos do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe 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.” Estou, também, ciente de que:

1. Este seguro só terá validade após a aceitação da proposta e de que as informações que prestei na “Declaração de Saúde”. Poderão levar a Seguradora a solicitar esclarecimentos e/ou acolher o seguro com restrições de cobertura, ou agravo, por minha opção. Somente com a emissão do certificado ficará caracterizada a aceitação desta ficha.

2. A seguradora poderá utilizar de todos os meios de prova em direito admitidos para elucidar os eventos médico-hospitalares relacionados a este seguro, autorizando os prestadores de serviços a fornecer as informações necessárias ao médico indicado pela Seguradora.

Declaro que a conta corrente informada para crédito dos reembolsos é de minha titularidade, responsabilizando-me pela exatidão dos dados fornecidos, autorizando o banco indicado a efetuar o crédito na respectiva conta corrente. Estou ciente de que qualquer alteração cadastral havida na conta corrente indicada deverá ser imediatamente comunicada à Seguradora.

Declaro que o produto acima indicado está sendo adquirido por livre e espontânea vontade, por ser de meu interesse, sem qualquer vinculação com outro produto, serviço ou operação disponibilizados pelo Banco Bradesco S.A. e demais sociedades pertencentes ao mesmo grupo econômico, aos seus respectivos Clientes e usuários de seus serviços.

Tenho conhecimento:

- do inteiro teor das Condições Gerais deste seguro, em poder do estipulante e disponível para consulta;
- das condições de cobertura do Seguro Viagem Bradesco (exceto para o plano Perfil e Nacional Flex), também em poder do estipulante e disponível para consulta;
- do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), entregue pelo estipulante.

Local / Data SETEMBRO/2016	,	de	de	Assinatura do Segurado/Beneficiário Titular	COD. FORM. ELETR. 0789
-------------------------------	---	----	----	---------------------------------------------	------------------------





Continuação da Declaração de Saúde

✓ Ler, preencher “Local e Data” e assinar no campo “Assinatura do Beneficiário Titular”.



Bradesco Saúde e Bradesco Dental Coletivo Empresarial
SPG Top e Hospitalar Segurados/Beneficiários
Ficha de Inclusão de Grupo Familiar em
Seguro/Plano de Reembolso de Despesa de Assistência Médica Hospitalar
e/ou Odontológica (Para contratos a partir de 01/01/1999 e adaptados a Lei
9656/98)



Companhia Seguradora Bradesco Saúde S.A.	CNPJ 92.693.118/0001-80	Registro na ANS: 005711	Operadora Odontoprev S.A.	CNPJ 58.119.198/0001-51	Registro na ANS: 30194-9
Tipo S	Cia 671	Contrato [redacted]	Subfatura [redacted]	Nome da empresa estipulante/subestipulante/contratante/subcontratante [redacted]	

11. Declaração do Beneficiário – Dental

Pelo presente, autorizo a minha inclusão, bem como meus dependentes poderemos ser convocados a qualquer momento, para nos submetermos a exames de auditoria odontológica, em consultórios indicados pela Operadora, sem que eu tenha de arcar com o ônus financeiro desse atendimento, tendo tal convocação o caráter de obrigatoriedade.

Declaro, ainda, que a presente opção é feita de livre e espontânea vontade, por ser de meu interesse, sem qualquer vinculação com outro produto, serviço ou operação disponibilizados pelo Banco Bradesco S.A e demais sociedades pertencentes ao mesmo grupo econômico, aos seus respectivos clientes e usuários de seus serviços.

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas neste Termo de Opção, inclusive as que estão impressas.

Estou ciente de que a Operadora poderá utilizar de todos os meios de prova em direito admitidos para elucidar os eventos odontológicos relacionados a este contrato, autorizando o fornecimento das informações necessárias ao dentista indicado pela Operadora.

Estou ciente, também, de que tanto eu

Declaro ter conhecimento do inteiro teor das Condições Gerais do Contrato Coletivo que se encontra em poder do contratante, bem como do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) – Odontológico, entregue pelo contratante.

[redacted], de [redacted] de [redacted] de [redacted]
Local / Data Assinatura do Segurado/Beneficiário Titular

Em caso de dúvidas referentes ao seguro/plano contratado, entre em contato com a Central de Relacionamento com Cliente pelo telefone 4004 – 2700 (Capitais e Regiões Metropolitanas) ou 0800 701 2700 (Demais Localidades).

Para elogios, sugestões ou reclamações, ligue para o SAC pelo telefone 0800 727 9966. Disponibilizamos ainda uma Central de Atendimento ao Surdo pelo telefone 0800 701 2708.





saúde

✓ Empresa preencher e assinar.



São Paulo, XX de mês de XXXX

À Bradesco Seguros

Ref.: Convida Refeições

Apólice: 475538

A empresa Convida Refeições, apólice 475538 solicita a inclusão do funcionário
NOME COMPLETO FUNCIONÁRIO CPF: **XXX.XXX.XXX-XX** no plano de saúde
plano **NOME PLANO** vigência **XX/XX/XXXX**

Atenciosamente,

Nome:

CPF:



Exclusões e Planos de Continuidade

Documentos Necessários - Bradesco

saúde



Exclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- ✓ No caso de demissão é necessário o envio da **cópia da rescisão, carta de exclusão, formulário de cancelamento e opção de permanência nos seguros saúde e odontológico.**
- ✓ No caso de óbito enviar cópia da **certidão de óbito.**
- ✓ Não há possibilidade de fazer a exclusão a pedido do colaborador por ser um contrato compulsório.



Planos de continuidade

- ✓ Caso o beneficiário opte pela continuidade no plano ele deverá enviar as documentações necessárias **até no máximo 30 dias da data de demissão.**

Documentos

- ✓ Formulário de cancelamento
 - ✓ Opção de permanência no seguro-saúde
 - ✓ Opção de permanência no seguro-odontológico
 - ✓ Termo de Responsabilidade corretores e estipulantes
 - ✓ RG e CPF ou CNH
 - ✓ Rescisão
 - ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados, registro e baixa)
 - ✓ Três últimos holerites
 - ✓ Comprovante de residência
-
- ✓ Caso o beneficiário não opte pela continuidade no plano deverá assinar o termo de opção e o RH reter as carteirinhas no momento da demissão.



DESTAK



✓ Empresa preencher e assinar.



São Paulo, XX de mês de XXXX

À Bradesco Seguros

Ref.: Convida Refeições

Apólice: 475538

A empresa Convida Refeições, apólice 475538 solicita a exclusão do funcionário
NOME COMPLETO FUNCIONÁRIO CPF: **XXX.XXX.XXX-XX** no plano de saúde
plano **NOME PLANO** vigência **XX/XX/XXXX**

Atenciosamente,

Nome:
CPF:



DESTAK



Plano de Continuidade

✓ Formulário de Cancelamento

Preencher TODOS os campos marcados, marcar a opção desejada, se aceitou ou recusou permanecer no plano e assumir o custo integral da mensalidade e assinar no campo “Assinatura Titular”.

Bradesco Saúde		Bradesco Saúde Coletivo Empresarial/SPG Formulário de Cancelamento/Alteração de Dados do Segurado e Dependente					Bradesco Dental	
Companhia Seguradora Bradesco Saúde S.A.	CNPJ 92.693.118/0001-60	Registro na ANS: 005711	Operadora Odontoprev S.A	CNPJ 58.119.199/0001-51	Registro na ANS: 30194-9			
Cia	Apólice	Subfatura	Nome da empresa estipulante / subestipulante					
Tipo de movimentação:		1- Cancelamento do titular 2 - Cancelamento de dependente 3 - Alteração de titular 4 - Alteração de dependente 5 - 2ª via de cartão 6 - Inclusão de dependente			Certificado			
1- Dados do titular (somente preencher caso alteração / cancelamento do titular)								
Matrícula Funcional	Nome							
Preencher somente os dados a serem alterados		CNS (Carteira Nacional de Saúde):			DNV (Declaração de Nascido Vivo):	RIC (Registro de Identificação Civil):		
Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino	Data de nascimento	Estado Civil	1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Outros	CPF	PIS	Cargo / Ocupação	Data de Admissão
Nome da Mãe			Nova subfatura	Data (Cancelamento ou Alteração)	Motivo	Motivo do Cancelamento:		
						1 – Desistência 2 – Demissão s/ justa causa 3 – Aposentadoria	4 – Falecimento 5 – Duplicidade 6 – A pedido do titular	8 – Demissão c/ justa causa 9 – Outros
2- Dados do cancelamento (somente preencher em caso de Demissão SEM Justa Causa / Aposentadoria do Titular)								
Titular contribuiu 1 para o pagamento do prêmio?		<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não	Caso positivo, por quanto tempo:		<input type="checkbox"/> Meses		
Quanto à manutenção no plano oferecido no momento do desligamento ao Titular que contribuiu para o pagamento do prêmio:								
<input type="checkbox"/> Aceitou <input type="checkbox"/> Recusou								
Assinatura do Segurado Titular:								

✓ Caso o colaborador tenha aceitado permanecer nos planos, preencher os dados abaixo.

1 Considera-se contribuição o valor pago pelo empregado, a qualquer tempo, para custear parte ou a integralidade do prêmio do seguro, mesmo que no momento da demissão/aposentaria, o mesmo não esteja contribuindo no pagamento. Não são considerados como contribuições os pagamentos de valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia.

*O cancelamento nestes casos está condicionado à entrega da(s) carta(s) específica(s) preenchida(s) e com as devidas assinaturas (0628-A para apólices do Saúde e 0628-B para apólices do Dental).

3- Endereço residencial do titular (para correspondência)

Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc) nº e complemento (andar, sala, apto, etc.)			Bairro	UF
Cidade		CEP	Telefone (com DDD)	

4- Dados do plano

Código do plano:	Código da região:	Nome da região:	Data da alteração
------------------	-------------------	-----------------	-------------------

ABRIL/2017

PAG.1/3

COD. FORM. ELETR. 0628

Bradesco Seguros

intranet



DESTAK



Plano de Continuidade

✓ Continuação - Formulário de Cancelamento

Preenchimento do campo “Dependente”

Preencher TODOS os campos marcados para os dependentes que vão permanecer no plano, se atentar aos **códigos**.



Bradesco Saúde Coletivo Empresarial/SPG
Formulário de Cancelamento/Alteração de Dados do Segurado e
Dependente



Companhia Seguradora Bradesco Saúde S.A.	CNPJ 92.693.118/0001-60	Registro na ANS: 005711	Operadora Odontoprev S.A	CNPJ 58.119.199/0001-51	Registro na ANS: 30194-9
5- Dependentes					
Favor preencher os devidos campos com os códigos informados ao lado					
		Sexo:	Estado Civil:	Parentesco:	Motivo do Cancelamento:
		1- Masculino 2- Feminino	1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo 4- Outros	1- Cônjugue 2- Filho(a) 3- Mãe 4- Pai 5- sogro 6- sogra 7- Tutelado 8- Outros	1- Desistência 6- A pedido do titular 4 - Falecimento 5 – Duplicidade
Certificado 	Código 	Nome 			CPF Data de nascimento
Sexo 	Est. Civil 	Parentesco 	Nome da Mãe 		
CNS (Carteira Nacional de Saúde): 			DNV (Declaração de Nascido Vivo): 		RIC (Registro de Identificação Civil):

✓ Caso tenha mais dependentes que vão permanecer no plano, preencher conforme acima

Certificado 	Código 	Nome 			CPF Data de nascimento 		
Sexo 	Est. Civil 	Parentesco 	Nome da Mãe 			Data de inclusão ou alteração ou cancelamento 	Motivo
CNS (Carteira Nacional de Saúde): 			DNV (Declaração de Nascido Vivo): 			RIC (Registro de Identificação Civil): 	
Certificado 	Código 	Nome 			CPF Data de nascimento 		
Sexo 	Est. Civil 	Parentesco 	Nome da Mãe 			Data de inclusão ou alteração ou cancelamento 	Motivo
CNS (Carteira Nacional de Saúde): 			DNV (Declaração de Nascido Vivo): 			RIC (Registro de Identificação Civil): 	





Plano de Continuidade

✓ Continuação - Formulário de Cancelamento

Preenchimento do campo “Dependente”

Caso tenha mais dependentes preencher conforme acima.



Bradesco Saúde Coletivo Empresarial/SPG
Formulário de Cancelamento/Alteração de Dados do Segurado e
Dependente



Companhia Seguradora Bradesco Saúde S.A.	CNPJ 92.693.118/0001-60	Registro na ANS: 005711	Operadora Odontoprev S.A	CNPJ 58.119.199/0001-51	Registro na ANS: 30194-9
5- Dependentes (continuação)					
Certificado 			Código 	Nome 	
Sexo 	Est.Civil 	Parentesco 	Nome da Mãe 		Data de inclusão ou alteração ou cancelamento Motivo
CNS (Carteira Nacional de Saúde): 			DNV (Declaração de Nascido Vivo): 		RIC (Registro de Identificação Civil):
Certificado 			Código 	Nome 	
Sexo 	Est.Civil 	Parentesco 	Nome da Mãe 		Data de inclusão ou alteração ou cancelamento Motivo
CNS (Carteira Nacional de Saúde): 			DNV (Declaração de Nascido Vivo): 		RIC (Registro de Identificação Civil):

✓ Empresa assinar e carimbar (Carimbo CNPJ) no campo “Assinatura do estipulante sob carimbo”

Declaro a veracidade das informações prestadas neste formulário e autorizo o seu processamento no sistema da Bradesco Saúde.

Assinatura do Estipulante sob carimbo	





✓ Opção de permanência no seguro-saúde

Ler, preencher TODOS os campos marcados e assinar no campo "Assinatura do Ex-empregado/Titular".



São Paulo, _____ de _____ de 20 ____.

Sr(a).: Clique aqui para digitar texto.

Data do Desligamento: Clique aqui para digitar texto.

Data de Protocolo do Recebimento
da Carta pelo Ex-Empregado:

____ / ____ / ____

(Assinatura do Ex-empregado/Titular)

SEGURO - SAÚDE

Tendo em vista seu desligamento desta Empresa na data acima identificada, e de acordo com o disposto na **Lei nº 9.656/1998** e na **Resolução Normativa RN nº 279/2011** e suas atualizações publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, valemo-nos da presente para oferecer-lhe a opção de permanência no seguro-saúde contratado com a BRADESCO SAÚDE, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, pelo prazo de vigência e condição abaixo especificados, obedecidas as condições do Contrato de Seguro firmado entre esta empresa e a BRADESCO SAÚDE.

Condição: Aposentado Demitidos sem justa causa Aposentado que continuou trabalhando

Prazo de Vigência: (número de meses), a partir de / / (data do início do benefício), observado o disposto no item 8 da Declaração que integra esta correspondência.



DESTAK



Plano de Continuidade

✓ Continuação - Opção de permanência no seguro-saúde

Empresa assinar e carimbar (Carimbo CNPJ) no campo “Assinatura e Carimbo da Empresa”

Sendo assim, solicitamos que formalize a sua opção, preenchendo o(s) quadro(s) adiante e devolva uma via desta, devidamente datada e assinada para esta empresa em até 30 (trinta) dias a contar da data de recebimento desta carta, impreterivelmente.

Atenciosamente,

(Assinatura e Carimbo da Empresa)

✓ Preenchimento do campo “Dependente”

Marcar a opção desejada, se vai permanecer como titular e **manter** os dependentes listados, se vai permanecer como titular e **não manter** os dependentes, assumindo o custo integral da mensalidade ou **ser excluído** do plano, em caso da opção por **permanecer e manter os dependentes listados**, preencher TODOS os campos para os dependentes que deverão ser mantidos.

EM RELAÇÃO AO SEGURO-SAÚDE CONTRATADO COM A BRADESCO SAÚDE E TENDO CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES E COBERTURAS PARA DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA E APOSENTADOS, DECLARO A MINHA OPÇÃO DE

() PERMANECER no seguro-saúde, como titular, e MANTER os dependentes listados abaixo:

Dependente 1:(nome Completo _____)

Data Nasc.: ____ / ____ / ____ CPF nº _____ Nome da Mãe do Depen.1 _____

Dependente 2:(nome Completo _____)

Data Nasc.: ____ / ____ / ____ CPF nº _____ Nome da Mãe do Depen.2 _____

Dependente 3:(nome Completo _____)

Data Nasc.: ____ / ____ / ____ CPF nº _____ Nome da Mãe do Depen.3 _____

() PERMANECER no seguro-saúde, como titular, e NÃO MANTER dependentes.

() SER EXCLUIDO do seguro-saúde, juntamente com todo meu grupo familiar de forma irrevogável e irretratável .



DESTAK



✓ Continuação - Opção de permanência no seguro-saúde

Ler a declaração e preencher campo “mês de reajuste do contato”

DECLARAÇÃO

Declaro ter ciência e concordar com as condições abaixo:

1. Sou responsável, a partir da data de início de vigência acima especificada, pelo **pagamento integral do prêmio de meu seguro-saúde e de meus dependentes listados acima**.
2. Deverei **manter atualizado**, junto à empresa os meus **dados cadastrais** (endereço completo, fone).
3. Não poderei, durante o tempo de vigência, **mudar de padrão de plano**;
4. **A cobertura do seguro-saúde será suspensa em caso de atraso no pagamento por período superior a 30 (trinta) dias**;
5. **O seguro-saúde será cancelado, de forma definitiva e irreversível, quando uma das mensalidades permanecer pendente de pagamento pelo prazo de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, no período de 12 (doze) meses**;
6. A minha relação com o Seguro Saúde Bradesco está condicionada à manutenção da apólice para os funcionários ativos;
7. Tenho conhecimento do valor integral do prêmio de meu seguro-saúde, bem como da forma e periodicidade de reajuste desse valor, que terá como data-base o mês de (*mês de reajuste do contrato*) em conformidade com as cláusulas de reajuste previstas no contrato;
8. **Meu direito de manutenção no seguro saúde, bem como o de meus dependentes, se extingue após decorrido o prazo de vigência especificado acima, ou antes disso ocorra uma das seguintes hipóteses:**
 - i) **No que se refere ao(s) meu(s) dependente(s) quando atingida a idade limite prevista nas Condições Gerais e Manual do Segurado;**
 - ii) **Quando da minha admissão em novo emprego, considerando-se qualquer novo vínculo profissional que possibilite o meu ingresso em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.**
 - iii) **Quando do cancelamento, pela empresa, do seguro de assistência à saúde oferecido aos seus empregados ativos e ex-empregados.**
 - iv) **Por inexatidão ou omissão no preenchimento do documento de inclusão, que tenha influenciado na aceitação do seguro, mediante apresentação de prova pela Seguradora e comunicação escrita ao Estipulante;**





Plano de Continuidade

✓ Continuação - Opção de permanência no seguro-saúde

Ler a declaração, preencher “Local e Data” e assinar no campo “Assinatura do Ex-empregado/segurado titular”.

v) Em caso de infrações ou fraudes comprovadas; ou

vi) Por minha solicitação formal ao Estipulante.

9. É de minha responsabilidade informar à empresa tão logo eu seja admitido em novo emprego ou qualquer outro vínculo profissional que possibilite o meu ingresso em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.
10. Recebi, tomei conhecimento e concordo com as condições estabelecidas no Manual do Segurado.

(Local e Data)

(Assinatura do Ex-empregado/segurado titular)



DESTAK



Plano de Continuidade

✓ Opção de permanência no seguro-odontológico

Ler, preencher TODOS os campos marcados e assinar no campo "Assinatura do Ex-empregado/Titular".



Data de Protocolo do Recebimento
da Carta pelo Ex-Empregado:

____/____/____

(Assinatura do Ex-empregado/Titular)

Local e Data, ____ de _____ de 20 ____.

Sr(a).: *Nome completo do ex-empregado*

Data do Desligamento: ____/____/____

PLANO ODONTOLÓGICO

Tendo em vista seu desligamento desta Empresa na data acima identificada, e de acordo com o disposto na **Lei nº 9.656/1998** e na **Resolução Normativa RN nº 279/2011** e suas atualizações publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, valemo-nos da presente para oferecer-lhe a opção de permanência no Plano de Benefícios Odontológicos, contratado com a ODONTOPREV/BRADESCO DENTAL, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, pelo prazo de vigência e condição abaixo especificados, obedecidas as condições do Contrato firmado entre esta empresa e a ODONTOPREV/BRADESCO DENTAL.

Condição: () Aposentado () Demitido sem justa causa () Aposentado que continuou trabalhando

Prazo de Vigência: (número de meses), a partir de (data do início do benefício), observado o disposto no item 8 da Declaração que integra esta correspondência.



DESTAK



Plano de Continuidade

✓ Continuação - Opção de permanência no seguro-odontológico

Empresa assinar e carimbar (Carimbo CNPJ) no campo “Assinatura e Carimbo da Empresa”

Sendo assim, solicitamos que formalize a sua opção, preenchendo o(s) quadro(s) adiante e devolva uma via desta, devidamente datada e assinada para esta empresa em até 30 (trinta) dias a contar da data de recebimento desta carta, impreterivelmente.

Atenciosamente,

(Assinatura e Carimbo da Empresa)

✓ Preenchimento do campo “Dependente”

Marcar a opção desejada, se vai permanecer como titular e **manter** os dependentes listados, se vai permanecer como titular e **não manter** os dependentes, assumindo o custo integral da mensalidade ou **ser excluído** do plano, em caso da opção por **permanecer e manter os dependentes listados**, preencher TODOS os campos para os dependentes que deverão ser mantidos.

EM RELAÇÃO AO PLANO DE BENEFÍCIOS ODONTOLÓGICOS CONTRATADO COM A ODONTOPREV/BRADESCO DENTAL E TENDO CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES E COBERTURAS PARA DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA E APOSENTADOS, DECLARO A MINHA OPÇÃO DE

PERMANECER no plano, como titular, e MANTER os dependentes listados abaixo:

Dependente 1:(nome Completo _____)

Data Nasc.: ____/____/____ CPF nº _____ Nome da Mãe do Depen.1 _____

Dependente 2:(nome Completo _____)

Data Nasc.: ____/____/____ CPF nº _____ Nome da Mãe do Depen.2 _____

Dependente 3:(nome Completo _____)

Data Nasc.: ____/____/____ CPF nº _____ Nome da Mãe do Depen.3 _____

PERMANECER no plano, como titular, e NÃO MANTER dependentes.

SER EXCLUÍDO do Plano de Benefícios Odontológicos, juntamente com todo meu grupo familiar de forma **irrevogável e irretratável**.



DESTAK



✓ Continuação - Opção de permanência no seguro-odontológico

Ler a declaração, preencher campo “mês de reajuste do contato”, preencher “Local e Data” e assinar no campo “Assinatura do Ex-Empregado/Beneficiário Titular”.

DECLARAÇÃO

Declaro ter ciência e concordar com as condições abaixo:

1. Sou responsável, a partir da data de início de vigência acima especificada, pelo **pagamento integral da contribuição de meu plano odontológico e de meus dependentes listados acima**.
2. Deverei **manter atualizado**, junto à empresa os meus **dados cadastrais** (endereço completo, fone).
3. Não poderei, durante o tempo de vigência, **mudar de padrão de plano**;
4. **A cobertura do plano odontológico será suspensa em caso de atraso no pagamento por período superior a 30 (trinta) dias;**
5. **O plano odontológico será cancelado, de forma definitiva e irreversível, quando uma das mensalidades permanecer pendente de pagamento pelo prazo de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, no período de 12 meses;**
6. A minha relação com o Plano de Benefícios Odontológicos, está condicionada à manutenção do plano para os funcionários ativos;
7. Conhecer o valor da contribuição mensal do Plano de Benefícios Odontológicos, bem como da forma e periodicidade de seu reajuste, que terá como data-base o mês de _____ (*mês de reajuste do contrato*) em conformidade com as cláusulas de reajuste previstas no contrato;
8. **Meu direito de manutenção no Plano, bem como o de meus dependentes, se extingue após decorrido o prazo de vigência especificado acima, ou antes disso caso ocorra uma das seguintes hipóteses:**
 - i) Quando da minha admissão em novo emprego, considerado-se qualquer novo vínculo profissional que possibilite o meu ingresso em um plano odontológico coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.
 - ii) Quando do cancelamento, pela empresa, do plano odontológico oferecido aos seus empregados ativos e ex-empregados.
 - iii) Por inexatidão ou omissão no preenchimento do documento de inclusão, que tenha influenciado na aceitação do Plano, mediante apresentação de prova pela Operadora e comunicação escrita ao Contratante;
 - iv) Em caso de infrações ou fraudes comprovadas; ou
 - v) Por minha solicitação formal ao Contratante.
9. É de minha responsabilidade informar à empresa tão logo eu seja admitido em novo emprego ou qualquer outro vínculo profissional que possibilite o meu ingresso em um plano odontológico e/ou de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

(Local e Data)

(Assinatura do Ex-Empregado/Beneficiário Titular)





Neste manual constam os procedimentos, documentações, formulários e orientações para envio e preenchimento de cada operadora, **TODAS as documentações listadas e informações circuladas em amarelo** são imprescindíveis para a realização dos processos de inclusão, exclusão e plano de continuidade.

Sem as mesmas corretas e completas, os processos poderão atrasar e até mesmo perder o prazo, podendo acarretar em custos, carências e negativa da operadora.



Operadoras

- ✓ Ameplan
- ✓ Bradesco
- ✓ **Cemeru**
- ✓ Clinipam
- ✓ GNDI
- ✓ H Saúde
- ✓ Mediplan
- ✓ São Francisco Saúde
- ✓ São Francisco Vidas
- ✓ São Lucas Saúde
- ✓ Saúde Beneficência
- ✓ Única Saúde
- ✓ Unimed Costa do Sol



Inclusões

Documentos Necessários - Cemeru

saúde



Inclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- ✓ Formulário Cadastral – Coletivo Empresarial
- ✓ Declaração de saúde

Documentos (cópias)

Titular

- ✓ Ficha de registro
- ✓ RG e CPF ou CNH
- ✓ Comprovante de residência
- ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados e registro)
- ✓ Ficha de registro

Dependentes

Cônjuge

- ✓ Comprovação de vínculo (certidão de casamento, união estável ou comprovação de filhos em comum)
- ✓ RG e CPF ou CNH

Filhos

- ✓ Comprovação de vínculo (certidão de nascimento ou declaração de guarda)
- ✓ RG (para maiores de 18 anos) e CPF (para todos)

- ✓ Respeitando a convenção coletiva, os beneficiários serão isentos de carências quando solicitada a inclusão em até no máximo 90 ou 180 dias da data de admissão (dependendo do cargo) e até 30 dias da data de vínculo, no caso de novos dependentes. Para inclusões após o prazo determinado, serão aplicadas carências conforme ANS.



DESTAK



✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



AMESC- Associação Médica Esp. Cristã
CNPJ 68.668.045/0001-72
ANS 401081

FORMULÁRIO CADASTRAL- COLETIVO EMPRESARIAL

1 . DADOS DO(A) CONTRATANTE

NOME DA EMPRESA CONTRATANTE	Nº CONTRATO
-----------------------------	-------------

2. DADOS DO PLANO

Nº REGISTRO ANS	NOME DO PLANO	ABRANGÊNCIA Regional – B – Grupo de Municípios	ACOMODAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria
-----------------	---------------	---------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

3. TIPOS DE MOVIMENTAÇÃO

PREENCHER SOMENTE OS QUADROS QUE ESTÃO SENDO ALTERADOS

- Inclusão de Titular Inclusão de dependente(s) Migração Mudança de Plano
 Transferência de Contrato- Filial/Unidade/Razão Social Mudança de endereço

4. DADOS DO TITULAR

(*) NOME COMPLETO (sem abreviações)			
(*) CPF	(*) DATA DE NASCIMENTO ____ / ____ / ____	SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	(*) ESTADO CIVIL
DATA DE ADMISSÃO / /	(*) TELEFONE CELULAR ()	Nº. DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	
VÍNCULO EMPREGATÍCIO			
<input type="checkbox"/> Funcionário <input type="checkbox"/> Sócio <input type="checkbox"/> Estagiário <input type="checkbox"/> Outros			

✓ Preenchimento do campo “Dependente”

Preencher TODOS os campos marcados para todos os dependentes que deverão ser incluídos.

5 . DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

Dep. 1	(*) NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	(*) DATA DE NASCIMENTO
	CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO:		CNS:



DESTAK



Continuação - Formulário Cadastral – Coletivo Empresarial

✓ Continuação preenchimento do campo “Dependente”

Caso tenha mais dependentes preencher conforme acima.

Den. 2	(*) NOME COMPLETO (sem abreviações)			SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	(*) DATA DE NASCIMENTO	
Den. 3	CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO:			CNS:
	(*) NOME COMPLETO (sem abreviações)			SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	(*) DATA DE NASCIMENTO	
	CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO:			CNS:
(*) INFORMAÇÕES VÁLIDAS PARA PREENCHIMENTO DOS CAMPOS				

Este formulário será aceito mediante correto preenchimento de todos os campos e as cópias dos documentos previstos contratualmente e no anexo I deste formulário.

6. MUDANÇA DE PLANO NA MESMA OPERADORA SEM INTERRUPÇÃO – SÚMULA NORMATIVA N° 21

Em decorrência da mudança de plano na mesma operadora sem interrupção, requerida por mim e/ou dependentes a seguir indicados: Titular Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3, declaro para os devidos fins, estar ciente que:

1. Ficam mantidas as mesmas coberturas, com o cumprimento de eventuais carências remanescentes do plano anterior; ou
2. Devido à ampliação das coberturas, além do cumprimento de eventuais carências remanescentes do plano anterior, haverá o cumprimento de carências em relação:
 - 2.1. Os serviços de assistência à saúde, conforme Rol da ANS exclusivos da:
 Segmentação Ambulatorial; Segmentação Hospitalar; Cobertura Obstétrica.



DESTAK



Continuação - Formulário Cadastral – Coletivo Empresarial

- ✓ Funcionário ler, preencher data e assinar nos dois campos “Assinatura do Titular”.
- ✓ Empresa assinar e carimbar (Carimbo CNPJ) no campo “Carimbo e assinatura do(a) contratante”



AMESC- Associação Médica Esp. Cristã
CNPJ 68.668.045/0001-72

ANS 401081

Manifesto o conhecimento do meu dever de dar aos eventuais dependentes todas as informações pertinentes.

Assinatura do Titular _____

7. DECLARAÇÕES E CIÊNCIA

Declaro, para os fins de direito que:

- a. Li e comprehendi o inteiro teor do **MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE (MPS)**, editado pela ANS, antes da assinatura desta proposta.
- b. Recebi o **GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC)**, editado pela ANS.

Estou ciente que:

- a. Que posso solicitar à pessoa jurídica contratante **cópia do instrumento contratual** contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.

A Operadora disponibiliza **Informações do Beneficiário** no link: www.cemeru.com com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano

DATA: ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO TITULAR

CARIMBO E ASSINATURA DO(A)
CONTRATANTE



DESTAK

- ✓ Responder as TODAS perguntas em todos os campos.
- ✓ **TITULAR** – Se refere ao titular do plano (funcionário da empresa).
- ✓ **DEPENDENTES** – Cônjuge ou companheiro(a) e filhos(as) solteiros até 24 anos.

Exemplo: Funcionário + Cônjuge + Filho

Responder as perguntas para: Titular + Dep. 1 + Dep. 2



ANS 401081

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Proposta N°

Informamos que o Artigo 1444 do Código Civil Brasileiro, dispõem que "se o proponente não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta, perderá o direito às coberturas contratadas, bem como arcará com os custos dos benefícios já obtidos".

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

PROONENTE TITULAR

PESSOA FÍSICA

PESSOA JURÍDICA

Nome Completo

Nome Completo					
---------------	--	--	--	--	--

(continuação)

(continuação)					
---------------	--	--	--	--	--

ITENS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

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 respostas afirmativas e 'N' para as respostas negativas, no que diz respeito ao proponente titular e também aos seus dependentes.

ITEM	DESCRÍÇÃO	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
01	Doenças de veias e artérias (como varizes, aneurismas, trombos e má circulação, entre outras)					
02	Doenças do aparelho cardiocirculatório (como angina, infarto, pressão alta, arritmias, cirurgias cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênitas, entre outras)					
03	Doenças endócrinas ou metabólicas (como diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, obesidade)					
04	Doenças do aparelho digestivo (como cálculo biliar, doenças do fígado, doenças dos intestinos, hemorróidas e fissuras, entre outras)					
05	Hérnias (como: inguinais, umbilicais e incisionais, entre outras)					
06	Doenças do sangue ou imunológicas (como anemias, púrpuras e talessemias, entre outras)					
07	Doenças do aparelho geniturinário (como cálculos, infecção dos rins, insuficiência renal, bexiga, uretra e transplantados, entre outras)					
08	Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares (como derrame, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer e epilepsia, entre outras)					
09	Doenças de ouvido, nariz e garganta (como diminuição da audição, desvio de septo, sinusites, amigdalites, entre outras)					
10	Doenças crônicas do aparelho respiratório (como asma, bronquite, enfisema e pneumonia de repetição, entre outras)					



DESTAK



Continuação da Declaração de Saúde

✓ Continuar respondendo TODAS as perguntas.

11	Doenças ortopédicas (como artrose, hérnia de disco, deformidade óssea, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvios de coluna, deformidades ósseas congênitas e fraturas de repetição, entre outras)					
12	Doenças ginecológicas e da mama (como mioma, períneo, cisto de ovário, endometriose, cistos e nódulos mamários, entre outras)					
13	Doenças infecto-contagiosas (como: AIDS e suas complicações, hepatite, entre outras)					
14	Doenças ou tumorações malignas (como leucemia, mieloma múltiplo, carcinomas, melanomas, linfomas e todos os tipos de câncer)					
15	Complicações da gestação, complicações do parto e ameaças de abortamento. Está grávida ou em atraso menstrual?					
16	Doenças dos órgãos genitais masculinos (como próstata, hidrocele, fimose, criptorquidia, parafimose, impotência e doenças de Peyronie, entre outros)					
17	Doenças oftalmológicas e alterações de refração (como ceratocôrnea, glaucoma, catarata, miopia, astigmatismo, hipermetropia e uso de lentes corretivas, entre outras)					
18	Doenças do colágeno (auto-imunes) (como lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artrite reumatóide, entre outras)					
19	Doenças e transtornos mentais e psiquiátricos (como psicose maníaco-depressiva, depressão esquizofrenia, retardo mental, uso de drogas como álcool, opiáceos, maconha, cocaína e LSD, entre outras)					
20	Doenças de mal formação congênita ou doenças hereditárias (com Polidactilia, entre outras)					
21	Já sofreu alguma lesão de ordem traumática que tenha deixado algum tipo de sequela? E, caso positivo, quando e de que tipo (deformidade, surdez, cegueira, entre outras)					
22	É portador de alguma dependência química? (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras)					
23	Realiza ou já relizou diálise ou hemodiálise? Especificar					
24	Realiza ou já relizou Quimioterapia, Braquioterapia ou Radioterapia? Especificar					
25	É portador de obesidade mórbida? Especificar seu peso e altura					
26	É portador de qualquer doença que não se relaciona OU NÃO SE ENCONTRA DESCRITA nas perguntas anteriores? Se sim, informe data do diagnóstico e os tratamentos realizados no quadro de informações complementares.					
Informações complementares: Altura em metros (por exemplo: 1,80) Peso em Kg (por exemplo: 81)		Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4

✓ Item se refere ao número da pergunta no formulário acima.

Caso o cônjuge responda “sim” para a pergunta abaixo:

17	Doenças oftalmológicas e alterações de refração (como ceratocôrnea, glaucoma, catarata, miopia, astigmatismo, hipermetropia e uso de lentes corretivas, entre outras)
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Item	Data do Evento	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Especificações
17	/ /		X				Miopia 3,25 esquerdo e direito. Uso de lentes de contato trocados diariamente. Miopia desde os 14 anos



DESTAK



- ✓ Anexar um relatório médico com as informações da patologia.



ANS 401081

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Proposta N°

Informamos que o Artigo 1444 do Código Civil Brasileiro, dispõem que "se o proponente não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta, perderá o direito às coberturas contratadas, bem como arcara com os custos dos benefícios já obtidos".

Caso o proponente titular ou qualquer de seus dependentes apresentem alguma resposta afirmativa em alguma das perguntas anteriores, favor 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.

Item	Data do Evento	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Especificações
17	/ /		X				Miopia 3,25 esquerdo e direito. Uso de lentes de contato trocados diariamente. Miopia desde os 14 anos
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						
	/ /						

Havendo a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) por parte do proponente titular e/ou de seu(s) dependente(s), será 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.

Definições

Cobertura Parcial Temporária

"Considera-se Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data de início da vigênciado benefício, 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, e suas posteriores alterações).

Agravos

"Considera-se Agravo como qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano 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 162 da ANS, de 17/10/2007, e suas posteriores alterações)."



DESTAK



Continuação da Declaração de Saúde

- ✓ Ler, marcar uma das alternativas, preencher “Local e Data” e assinar no campo “Assinatura do proponente titular”

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 qualquer esclarecimentos relacionados a esta Declaração de Saúde;
- (II) estou ciente de que a omissão de informação sobre doença ou lesão préexistente da qual eu e/ou meu(s) dependente(s) saiba(mos) ser portadores na data da assinatura desta Proposta, seja por diagnóstico feito, conhecido ou em andamento, desde que comprovada na ANS, poderá acarretar a suspensão ou 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 meus dependentes neste ato e que, 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, em processo administrativo na ANS;
- (IV) tenho conhecimento e total concordância de que a omissão e/ou prestação incorreta ou parcial de informações relevantes poderão caracterizar como fraude a adesão do presente benefício;
- (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

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20 _____.
(This field is highlighted with a yellow border)

Assinatura do proponente titular

Declaro que prestei as orientações necessárias para o proponente titular preencher, de próprio punho, esta Declaração de Saúde.

CRM e assinatura do médico, sob carimbo



DESTAK

Exclusões e Planos de Continuidade

Documentos Necessários - Cemeru

saúde



Exclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- ✓ No caso de demissão é necessário o envio da **cópia da rescisão e do formulário de demitido ou aposentado - plano de continuidade ou formulário de exclusão motivado pela PJ contratante - sem direito a continuidade.**
- ✓ No caso de óbito enviar cópia da **certidão de óbito e formulário de exclusão motivado pela PJ contratante - sem direito a continuidade.**
- ✓ Nos casos em que o colaborador decide romper com o contrato, se faz necessário o envio do **formulário de exclusão a pedido do beneficiário titular** e uma **carta de próprio punho**, para cancelamento, o mesmo deverá ter cumprido o **prazo de permanência mínima de 12 meses e 6 meses sem utilização ou conforme contrato vigente.**



Planos de continuidade

- ✓ Caso o beneficiário opte pela continuidade no plano ele deverá enviar as documentações necessárias **até no máximo 30 dias da data de demissão.**

Documentos

- ✓ Formulário de Demitido ou Aposentado - Plano de Continuidade.
- ✓ RG e CPF ou CNH
- ✓ Rescisão
- ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados, registro e baixa)
- ✓ Três últimos holerites
- ✓ Comprovante de residência

- ✓ Caso o beneficiário não opte pela continuidade no plano deverá assinar o termo de opção e o RH reter as carteirinhas no momento da demissão.



DESTAK



✓ Formulário de Demitido ou Aposentado - Plano de Continuidade

Preencher TODOS os campos marcados.



AMESC- Associação Médica Esp. Cristã
CNPJ 68.668.045/0001-72
ANS 401081

FORMULÁRIO DEMITIDO OU APOSENTADO (RN 279)

I – EXCLUSÃO COM CIÊNCIA DO DIREITO DE MANUTENÇÃO DO PLANO COMO EX-EMPREGADO

1 . DADOS DO (A) CONTRATANTE

NOME DA EMPRESA CONTRATANTE	Nº CONTRATO
-----------------------------	-------------

2. DADOS DO TITULAR

Devido a rescisão do contrato de trabalho por demissão ou aposentadoria, solicitamos a exclusão do beneficiário titular abaixo relacionado e, consequentemente, dos dependentes a ele vinculados.

Motivo	CPF do beneficiário	Nome do beneficiário	Data de exclusão
24			/ /

Motivo de exclusão: 24 – Desligamento da empresa e/ou associado

3. QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO DIREITO AO PLANO DE EX-EMPREGADO

O EX-EMPREGADO FOI EXCLUÍDO POR <input type="checkbox"/> Demissão sem justa causa. O ex-empregado estava aposentado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não; <input type="checkbox"/> Aposentadoria; ou <input type="checkbox"/> Aposentado que continuou trabalhando e foi a óbito.	Tempo de contribuição na operadora atual (meses):	Tempo de contribuição em outras operadoras (meses):
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

Nota: Somente é considerada contribuição para viabilizar o direito à manutenção no plano, a contribuição do titular no pagamento da sua mensalidade. Não devem ser consideradas como contribuição o pagamento parcial ou integral da(s) mensalidade(s) do(s) dependente(s) ou o pagamento dos valores à título de coparticipação como fator moderador.



DESTAK



Plano de Continuidade

✓ Continuação - Formulário de Demitido ou Aposentado - Plano de Continuidade

Ler, marcar a opção desejada, se optou ou não optou por permanecer no plano e assumir o custo integral da mensalidade.

Empresa assinar e carimbar (Carimbo CNPJ) no campo “Assinatura e Carimbo do (a) Contratante”.

Funcionário preencher o campo “Data da Ciência” e assinar no campo “Assinatura do Ex-Empregado”.

4. CIÊNCIA E OPÇÃO PARA MANUTENÇÃO DO PLANO DE EX-EMPREGADOS

De acordo com a Resolução RN nº 279 da ANS, é assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou aposentadoria, nas mesmas condições de cobertura assistencial que usufruía durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

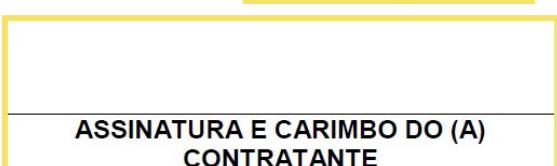
- a) Já contribuisse financeiramente no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) Assuma o pagamento integral do plano de saúde, de acordo com a tabela do plano de inativos para a sua faixa etária e de seus dependentes; e
- c) A opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de ciência abaixo.
- d) Em caso de opção de manutenção do plano deverá ser preenchimento o item II deste formulário que deverá ser encaminhado à operadora.

5 . MANIFESTAÇÃO DE OPÇÃO

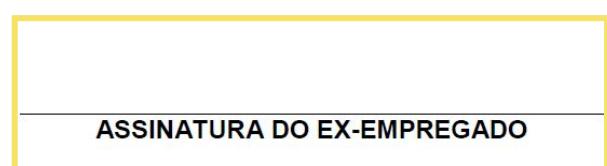
Declaro que estou ciente dos meus direitos e obrigações quanto a manutenção do plano na condição de ex-empregado e afirmo que:

- OPTO** pela manutenção do plano;
- NÃO OPTO** pela manutenção do plano;
- ANALISAREI A PROPOSTA** e notificarei à empresa contratante no prazo de 30 (trinta) dias da data de ciência abaixo. Não havendo manifestação minha no prazo autorizo assumir como desinteresse na manutenção do plano.

DATA DA CIÊNCIA: _____ / _____ / _____.



ASSINATURA E CARIMBO DO (A)
CONTRATANTE



ASSINATURA DO EX-EMPREGADO





Plano de Continuidade

✓ Continuação - Formulário de Demitido ou Aposentado - Plano de Continuidade

Preencher TODOS os campos marcados.



AMESC- Associação Médica Esp. Cristã
CNPJ 68.668.045/0001-72
ANS 401081

II - FORMULÁRIO MANUTENÇÃO NO PLANO COMO EX-EMPREGADO

1 . DADOS DO(A) CONTRATANTE

NOME DA EMPRESA CONTRATANTE	Nº CONTRATO
-----------------------------	-------------

2. DADOS DO EX-EMPREGADO

NOME COMPLETO (sem abreviações)				
TELEFONE CELULAR ()	TELEFONE RESIDENCIAL ()	E-MAIL		
ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA E COBRANÇA				
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	CIDADE	NÚMERO
				UF

✓ Preenchimento do campo “Dependente”

Preencher TODOS os campos marcados para todos os dependentes que vão permanecer no plano.

3 . DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

O ex-empregado têm direito de manter ou não todos os dependentes já cadastrados no plano de saúde antes do desligamento da empresa e posteriormente poderá incluir somente novo conjugê e filhos.

Dan 1	NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	(* GRAU DE PARENTESCO	(* ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO / /
CÓDIGO BENEFICIÁRIO:		CNS:	
Dan 2	NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	(* GRAU DE PARENTESCO	(* ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO / /
CÓDIGO BENEFICIÁRIO:		CNS	

As inscrições serão aceitas mediante correto preenchimento de todos os campos e a cópia dos documentos.



DESTAK



Plano de Continuidade

✓ Continuação - Formulário de Demitido ou Aposentado - Plano de Continuidade

Preencher TODOS os campos marcados, preencher o campo “Data” e assinar no campo “Assinatura do Ex-Empregado”

4 . ENVIO DO BOLETO

- Envio do boleto por E-mail, quando informado no campo acima;
- Envio do boleto por Correio, quando o endereço acima informado for válido*.

*Havendo optado pelo recebimento do boleto por Correio, comprometo-me a informar imediatamente à Operadora caso não receba até 5 dias antes do respectivo vencimento.

5 . TEMPO DE PERMANÊNCIA DO EX-EMPREGADO NO PLANO

DEMITIDO OU EXONERADO SEM JUSTA CAUSA	APOSENTADO
Poderá permanecer no plano o equivalente a 1/3 do tempo total que tenha contribuído para o plano de saúde, sendo o <u>mínimo de seis meses</u> e o <u>máximo de dois anos</u> .	<ul style="list-style-type: none">• Menos de 10 (dez) anos de contribuição:Poderá permanecer no plano por <u>periodo equivalente ao tempo de contribuição</u>; ou• 10 (dez) anos ou mais de contribuição: Poderá permanecer no plano <u>indefinidamente, enquanto a empresa mantiver o plano de saúde para os empregados ativos</u>.

6 . CANCELAMENTO AUTOMÁTICO DO PLANO DE EX-EMPREGADOS

- Quando terminarem os prazos de permanência no plano como demitido ou aposentado;
- Se a ex-empregadora rescindir o contrato de plano de saúde com esta operadora, automaticamente o plano de ex-empregado será cancelado;
- Inadimplência de 60 dias consecutivos ou não, mediante notificação até 50º dia de atraso; ou
- Se o beneficiário for admitido em novo emprego que possibilite o ingresso em novo plano de saúde;

7 . DECLARAÇÕES E CIÊNCIA

Declaro, para os fins de direito que:

- a. Assumirei o pagamento integral da mensalidade prevista na tabela de valores para inativos e coparticipações, se houver.
- b. Estou ciente que os valores serão reajustados anualmente (conforme negociação com a ex-empregadora ou cláusula contratual) e em caso de mudança de faixa etária.
- c. No caso de admissão em novo emprego cujo vínculo profissional me possibilite a inscrição no plano de saúde da nova empregadora me comprometo a formalizar junto a operadora o pedido de cancelamento do plano.
- d. Autorizo a ex-empregadora e/ou operadora a solicitar documentação comprobatória, a qualquer tempo, com a finalidade de comprovar o direito de permanência no plano na condição de ex-empregado.
- e. Declaro ainda que as **informações ora prestadas são verdadeiras**, sob pena de incorrer nos termos previstos dos artigos 171 e 299 do Código Penal, bem como dos artigos 186 e 187 do Código Civil.

Estou ciente que:

- a. Os beneficiários que estavam cumprindo carência ou em período de Cobertura Parcial Temporária – CPT na data da rescisão do contrato de trabalho cumprirão os períodos remanescentes neste plano.
- b. Ocorrendo o cancelamento do plano de ex-empregado, conforme condições acima especificadas, é de minha responsabilidade a devolução dos cartões de identificação.
- c. No prazo de 60 dias antes do término do período a que tenho direito de permanência no plano de ex-empregado, observadas as normas da ANS, posso exercer a portabilidade de carências para um plano individual ou familiar ou coletivo por adesão em qualquer operadora.

DATA: _____ / _____ / _____

ASSINATURA DO EX-EMPREGADO



DESTAK

✓ Formulário de Exclusão Motivado pela PJ Contratante - sem direito a continuidade

Empresa preencher TODOS os campos marcados, preencher o campo “Data” e assinar e carimbar (Carimbo CNPJ) no campo “Assinatura e Carimbo do (a) Contratante”



AMESC- Associação Médica Esp. Cristã
CNPJ 68.668.045/0001-72
ANS 40|08|

FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO MOTIVADO PELA PJ CONTRATANTE – COLETIVO EMPRESARIAL

1 . DADOS DO(A) CONTRATANTE

NOME DA EMPRESA CONTRATANTE	Nº CONTRATO
-----------------------------	-------------

2. DADOS DOS TITULARES E/OU DEPENDENTE(S) EXCLUÍDOS

Solicitamos a exclusão dos beneficiários abaixo relacionados, vinculados à contratante acima especificada. Ocorrendo a exclusão de beneficiários titulares consequentemente os dependentes serão excluídos.

DATA DE EXCLUSÃO

____ / ____ / ____

Motivo	CPF do beneficiário	Nome	Data do óbito*

*Quando a exclusão for pelo motivo 45 é obrigatório preencher a data do óbito e apresentar a certidão de óbito à operadora e a exclusão terá efeito a partir do dia seguinte ao falecimento do beneficiário.

MOTIVOS DE EXCLUSÃO

24	Desligamento da empresa e/ou associado
37	Transferência ou mudança de plano
45	Óbito*
59	Motivado pela PJ contratante (Cancelamento do Contrato)

Na qualidade de representante da Pessoa Jurídica Contratante, declaro para os devidos fins de direito que os beneficiários acima relacionados não fazem jus ao direito de manutenção do plano na condição de ex-empregado nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei 9656 e Resolução Normativa nº 279, devido:

() não terem contribuído financeiramente no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde coletivo empresarial pré-pagamento;

() o motivo de rescisão do contrato de trabalho não assegurar o benefício, em razão de: demissão com justa causa; pedido de demissão por iniciativa do empregado; ou adesão ao Programa de Demissão Voluntária;

Declaro ainda, que estas informações foram devidamente repassadas aos beneficiário titular.

ASSINATURA E CARIMBO DO (A)
CONTRATANTE

DATA: ____ / ____ / ____



DESTAK

✓ Formulário de Exclusão a Pedido do Beneficiário Titular

Ler e preencher TODOS os campos marcados.



AMESC- Associação Médica Esp. Crist:

CNPJ 68.668.045/0001-72

ANS 401081

EXCLUSÃO A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO TITULAR- COLETIVO EMPRESARIAL

Prezado(a) beneficiário(a), seguem esclarecimentos e consequências decorrentes da exclusão do plano de saúde.

- A solicitação de exclusão de beneficiário têm efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da ciência da operadora. A reativação em caso de arrependimento não será possível;
- É proibida a utilização do plano de saúde após o cancelamento do contrato, MESMO PARA OS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.
- As guias de atendimento em seu poder não poderão ser utilizadas a partir deste momento, mesmo que o procedimento tenha sido agendado ou autorizado previamente pela operadora;
- É devido o pagamento de:
 - Quaisquer atendimentos realizados a partir da solicitação de cancelamento ou exclusão, inclusive nos casos de urgência ou emergência;
 - Mensalidades já vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, pela utilização de serviços já realizados, ou, quando se tratar de plano em custo operacional, das despesas referente aos serviços já executados pelo beneficiário.
- A exclusão do titular também implicará na exclusão dos dependentes;
- Na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;
- Perda do direito ao exercício de manutenção do plano na condição de ex-empregado em caso demissão ou aposentadoria, previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656 e Resolução Normativa nº 279;
- Eventual ingresso em novo plano de saúde, caso não tenha sido este o motivo do cancelamento, implicará:
 - ✓ No cumprimento de novos períodos de carência;
 - ✓ Perda do direito ao exercício da portabilidade de carências (quando aplicável)
 - ✓ No preenchimento de nova declaração de saúde e cumprimento de cobertura parcial temporária (CPT) em caso de doença ou lesão preexistente;
 - ✓ Condições atualizadas para novas vendas: novospreços, faixa etária, mecanismos de regulação, etc.



DESTAK



Exclusão a pedido do colaborador

✓ Continuação - Formulário de Exclusão a Pedido do Beneficiário Titular

Funcionário ler, preencher TODOS os campos marcados, assinar e colocar o CPF no campo “Beneficiário Titular”.

Empresa assinar e colocar o CPF no campo “Representante da Empresa”.

Eu, _____, estando vinculado ao contrato nº _____, estou ciente das informações acima prestadas e manifesto a vontade:

- Em realizar a minha exclusão e/ou de meus dependentes, mediante preenchimento do formulário de exclusão; ou
 Não realizar a minha exclusão e de meus dependentes.

A operadora tem o prazo de 10 (dez) dias úteis para me fornecer o comprovante de cancelamento através do e-mail abaixo informado:

E-mail: _____

Ciente das informações citadas, assino o presente documento na data de _____/_____/_____ e no horário _____

Beneficiário Titular

CPF: _____

Representante da Empresa

CPF: _____



DESTAK



Exclusão a pedido do colaborador

✓ Continuação - Formulário de Exclusão a Pedido do Beneficiário Titular

Funcionário ler, preencher TODOS os campos marcados.

Empresa assinar e carimbar (Carimbo CNPJ) no campo “Assinatura da Empresa Contratante”.



AMESC - Associação Médica Esp. Cristi
CNPJ 68.668.045/0001-72
ANS 401081

FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO – COLETIVO EMPRESARIAL

1 . DADOS DO (A) CONTRATANTE

NOME DA EMPRESA CONTRATANTE:	Nº CONTRATO
------------------------------	-------------

2. DADOS DO TITULAR

NOME COMPLETO (sem abreviações)				
E-MAIL				
TELEFONE CELULAR COM DDD	TELEFONE RESIDENCIAL COM DDD	TELEFONE COMERCIAL COM DDD		
ENDERECO DE CORRESPONDÊNCIA				
COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	CIDADE	NÚMERO
				UF

3. DADOS DO TITULAR E/OU DEPENDENTE(S) A SEREM EXCLUÍDOS

- Exclusão do titular e dependente(s); ou
 Exclusão do (s)dependente(s) abaixo:

A exclusão terá efeito a partir da data de recebimento deste formulário pela Operadora.

Motivo	CPF do beneficiário	Nome

MOTIVOS DE EXCLUSÃO

58	Dependente - Perda de vínculo com o beneficiário titular	43	Sem condições de manter o plano
46	Migração ou mudança de plano para outra operadora	50	Insatisfeito com o atendimento do plano
06	Viagem ou mudança de domicílio	37	Migração ou mudança de plano na mesma operadora
49	Dificuldades com a rede/agendamento	48	Insatisfeito com os canais de contato

ASSINATURA DA EMPRESA CONTRATANTE

DATA: ____ / ____ / ____.



DESTAK



Neste manual constam os procedimentos, documentações, formulários e orientações para envio e preenchimento de cada operadora, **TODAS as documentações listadas e informações circuladas em amarelo** são imprescindíveis para a realização dos processos de inclusão, exclusão e plano de continuidade.

Sem as mesmas corretas e completas, os processos poderão atrasar e até mesmo perder o prazo, podendo acarretar em custos, carências e negativa da operadora.



Operadoras

- ✓ Ameplan
- ✓ Bradesco
- ✓ Cemeru
- ✓ **Clinipam**
- ✓ GNDI
- ✓ H Saúde
- ✓ Mediplan
- ✓ São Francisco Saúde
- ✓ São Francisco Vidas
- ✓ São Lucas Saúde
- ✓ Saúde Beneficência
- ✓ Única Saúde
- ✓ Unimed Costa do Sol



Inclusões

Documentos Necessários - Clinipam

saúde



Inclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- ✓ Ficha de adesão plano de saúde
- ✓ Carta de orientação ao beneficiário
- ✓ Declaração de saúde

Documentos (cópias)

Titular

- ✓ Ficha de registro
- ✓ RG e CPF ou CNH
- ✓ Comprovante de residência
- ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados e registro)
- ✓ Ficha de registro

Dependentes

Cônjuge

- ✓ Comprovação de vínculo (certidão de casamento, união estável ou comprovação de filhos em comum)
- ✓ RG e CPF ou CNH

Filhos

- ✓ Comprovação de vínculo (certidão de nascimento ou declaração de guarda)
- ✓ RG (para maiores de 18 anos) e CPF (para todos)

- ✓ Respeitando a convenção coletiva, os beneficiários serão isentos de carências quando solicitada a inclusão em até no máximo 90 ou 180 dias da data de admissão (dependendo do cargo) e até 30 dias da data de vínculo, no caso de novos dependentes. Para inclusões após o prazo determinado, serão aplicadas carências conforme ANS.



DESTAK



Ficha de adesão plano de saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE ADESÃO PLANO DE SAÚDE



TIPO DE MOVIMENTAÇÃO: () Nova Inclusão () Inclusão de Dependente () Alteração de Plano () Não Optante

Nome do Funcionário: _____						
Data Nascimento: _____		Sexo: _____	Estado Civil: _____	Matrícula: _____	Admissão: _____	
Cargo: _____		CPF: _____	RG: _____	PIS: _____		
Tel. R.	Celular:	Nome da Mãe: _____				
End. R.		Nº	Complemento: _____	CEP: _____		
Bairro: _____	Cidade: _____	UF: _____	Nº Cadastro Nacional de Saude: _____			

✓ Preenchimento do campo “Dependente”

Preencher TODOS os campos marcados para todos os dependentes que deverão ser incluídos.

DEPENDENTES: Cônjugue ou companheiro(a), Dependentes legais e Parentes consanguíneos até 3º grau.	DATA NASC.	CPF (Obrigatório para todos os dependentes)	RG (Obrigatório para maiores de 18 anos)	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	SEXO	NOME DA MÃE (campo obrigatório para todos os dependentes)
1.							
2.							
3.							
4.							

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que tenho interesse em aderir ao plano de saúde oferecido pela empresa e ciente dos descontos a serem feitos em meu contracheque referente a mensalidade, conforme contrato, em caso de afastamento farei o depósito dos valores de minha responsabilidade na conta corrente informada pela empresa, caso contrário o plano será suspenso.

Ciente de que o cancelamento do plano somente em caso de desligamento da empresa ou poderá ser solicitado após 12 meses a partir da data de inclusão.

Local e data

_____, de _____ de 20 _____.



Assinatura Funcionário





DESTAK



✓ Carta de orientação ao beneficiário

Ler e rubricar.



ANEXO CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula a 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, 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.

Rubrica



DESTAK



✓ Continuação - Carta de orientação ao beneficiário

Ler, preencher “Local e Data”, nome e assinar no campo “Beneficiário”

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico:

www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

Beneficiário

Local	/	Data
Nome: _____		
Assinatura: _____		

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

Local	/	Data
Nome: _____		
CPF: _____		
Assinatura: _____		



-  Responder as TODAS perguntas em todos os campos.
-  **TITULAR** – Se refere ao titular do plano (funcionário da empresa).
-  **DEPENDENTES** – Cônjuge ou companheiro(a) e filhos(as) solteiros até 24 anos.

Exemplo: Funcionário + Cônjuge + Filho
Responder as perguntas para: T1 + D1 + D2

Empresa: _____

Titular (nome): _____

Dependente 1: _____

Dependente 2: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE		Deve ser preenchido pelo contratante e por extenso "sim" ou "não"			USUÁRIOS		
	Problemas e doenças sabidas				T1	D1	D2
01	Sofre de alguma doença vascular, artérias e veias como: varizes, insuficiência arterial ou venosa, aneurisma, estenose, síndrome pós trombótica, flebite, úlcera de perna ou outras?						
02	Sofre de doença cardíaca ou cardiovascular como: infarto do miocárdio, angina, insuficiência coronariana, pressão alta, arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca, doença de Chagas, dislipidemia ou colesterol alto, aneurisma de aorta, transtorno de válvulas cardíacas, sopro cardíaco ou outras?						
03	Sofre de doença endocrinológica: diabetes insípido, diabetes Mellitus tipo I (juvenil), ou tipo II (adulto), hipertireoidismo, cisto ou nódulo de tireoide, bocio (papo), tireoidite, doença de Graves, hipotireoidismo, hipófise ou outras?						
04	Sofre de alguma doença do aparelho digestivo: úlcera de estômago, úlcera de duodeno, refluxo gastro-esofágico, esofagite colite, duodenite, hérnia dehiato, doença da vesícula biliar, pedra na vesícula, hepatite, cirrose hepática (no fígado), diarréia crônica, estenose do esôfago, hemorragia digestiva, hemorrídicas ou outras?						
05	Sofre de hérnia inguinal, hérnia umbilical, diafragmática, inguino-escrotal, incisional (após cirurgia) ou outras?						
06	Sofre de alguma doença do sangue: hemofilia, trombocitose, policitemia, anemia, trombocitopenia, leucemia, aplasia de medula óssea, hipoplasia de medula óssea, linfoma ou outras?						
07	Sofre de alguma doença renal ou urológica: fímoses, parafimose, estenose de uretra, pedras ou cálculos nos rins ou em outras localizações do aparelho genito-urinário, má formação peniana, fibrose do pênis, uretra com abertura anormal, testículo fora do normal, rim único, insuficiência renal aguda ou crônica, hiperplasia ou aumento da próstata, perda de urina, impotência, nefrite, síndrome nefrótico, hiperplasia da próstata, tumor da próstata ou outras?						
08	Sofre de alguma doença neurológica: paralisia cerebral, retardo do desenvolvimento psicomotor, acidente vascular cerebral (derrame), aneurisma cerebral, paralisia, mal de Parkinson, epilepsia (ataque, convulsão), neurite, mal de Alzheimer, cisticercose cerebral, demência, traumatismo craneano e suas sequelas, esclerose múltipla, desmaios, dor de cabeça, enxaqueca ou outras?						
09	Sofre de doença otorrinolaringológica: desvio de septo, rinite, amigdalite de repetição, adenoidite, rinoescoliose, sinusite, pólipos ou nódulo de laringe ou cordas vocais, perda da audição, surdez, tumores ou outras?						
10	Sofre de doença respiratória: bronquite, asma, enfisema, ronco, apneia do sono, tuberculose ou outras?						
11	Sofre de alguma doença do aparelho locomotor: pseudoartrose, lesão de menisco, lesão de ligamentos, joanete, esporão de calcâneo, tumor ósseo, lesão de manguito rotator no ombro, síndrome do túnel do carpo, escoliose, cifose, hérnia de disco, tenossinovite, sequela de fraturas, lombociatalgia, cervicobraquialgia ou outras?						
12	Sofre de doença ginecológica: mioma, endometriose, sangramento excessivo, incontinência urinária, bexiga ou intestinos caídos, fibroadenoma demama, alteração funcional benigna de mama, mamilo umbilicado ou invertido, mastite, eczeema de mama, aderência de trompas, cistos de ovário, máformação uterina, agenesia de vagina, infertilidade (não prosseguimento da gravidez), esterilidade (dificuldade de engravidar) ou outras?						
13	Gravidez? Atraso menstrual?						
14	Sofre ou sofreu de algum tipo de câncer, tumores malignos, leucemia, linfoma, tumores benignos ou outras? Especificar:						
15	Sofre de AIDS, portador do vírus HIV, pneumonias de repetição, sarcoma de Kaposi, toxoplasmose, citomegalovirose, tuberculose, lepra, osteomielite, dengue, HPV (condilomatose), sifilis, malária, hepatite ou outras?						
16	Sofre de alguma doença ou má formação congênita ou hereditária como: má formação cardíaca, Tetralogia de Fallot, CIA (comunicação interatrial), CIV (comunicação interventricular), má formação neurológica, hidrocefalia, onfalocele, mielomeningocele, microcefalia, Síndrome de Edwards, Síndrome de Down (mongolismo), meningocele, Síndrome da toxoplasmose congênita, Síndrome da rubéola congênita, cegueira, Refluxo gastro-esofágico, doença hemolítica perinatal, fibrose cística do pâncreas, prematuridade, Síndrome de Turner, Síndrome de Klinefelter, mama extra numerária, polidactilia, sindactilia ou outras?						
17	Sofre de alguma doença na visão, como cegueira, miopia, hipermetropia, astigmatismo, estrabismo, catarata, pterigio, descolamento de retina, retinopatia diabética (problemas de visão devido ao diabetes), ceratcone, glaucoma ou outras?						
18					—	—	—





✓ Continuar respondendo TODAS as perguntas.

19	Sofreu algum traumatismo em face, tem problema de mastigação?			
20		—	—	—
21	Faz algum tipo de tratamento continuado? Especificar			
22	Qual seu peso?	Kg	Kg	Kg
23	Qual sua altura?	m.	m.	m.
24	É tabagista (fumante)?			
25	Sofre ou sofreu algum acidente de trabalho como fraturas, entorses ou outros ferimentos? Doenças ocupacionais como LER/DORT, dermatites, doenças pulmonares ou outras?			
26	Sofre de excesso de peso, obesidade, obesidade mórbida ou magreza excessiva?			
27	Sofre de doenças reumatológicas como: artrite reumatóide, Lupus Eritematoso Sistêmico, Espondilite anquilosante ou outras?			
28	Sofre de alguma doença dermatológica como: vitílico, nevus ou pintas pretas, alopecia ou queda de cabelo, micoses, cicatrizes ou outras?			
29	Sofre ou sofreu de doenças ou transtornos mentais ou psiquiátricos como ansiedade, depressão, psicoses, neuroses, dependência química (uso de drogas) ou de álcool (uso de bebida alcoólica)?			
RECÉM NASCIDO				
30	Peso de nascimento			

✓ Item se refere ao número da pergunta no formulário acima.

Caso o cônjuge responda “sim” para a pergunta abaixo:

17	Sofre de alguma doença na visão, como cegueira, miopia, hipermetropia, astigmatismo, estrabismo, catarata, pterígio, descolamento de retina, retinopatia diabética (problemas de visão devido ao diabetes), ceratocone, glaucoma ou outras?	
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Se a resposta for positiva para qualquer um dos usuários desta declaração, esclarecer o motivo especificando o ítem e respectivo usuário.		
ÍTEM	USUÁRIO	ESCLARECIMENTOS
17	D1 - Cônjuge	Miopia 3,25 esquerdo e direito. Uso de lentes de contato trocados diariamente. Miopia desde os 14 anos

✓ Anexar um relatório médico com as informações da patologia.

Ler, marcar alternativas, preencher “Local e Data” e assinar.

Se a resposta for positiva para qualquer um dos usuários desta declaração, esclarecer o motivo especificando o ítem e respectivo usuário.		
ÍTEM	USUÁRIO	ESCLARECIMENTOS
17	D1 - Cônjuge	Miopia 3,25 esquerdo e direito. Uso de lentes de contato trocados diariamente. Miopia desde os 14 anos

Declaro que optei pela seguinte alternativa no caso de doença pré-existente:

- Cobertura parcial temporária - suspensão da cobertura pelo prazo definido em contrato das doenças pré-existentes.
 Agravo - acréscimo no valor da mensalidade.

Tendo conhecimento das perguntas desta declaração,

- Declaro que abri mão da utilização do profissional médico a mim oferecido para auxílio no preenchimento da Declaração de Saúde e que tenho ciência do artigo 1444 do Código Civil Brasileiro, o qual prevê "Se o segurado não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito às coberturas do seguro e pagará o prêmio vencido".
 Declaro que utilizei a orientação do médico indicado pela Clinipam.

Curitiba, ____ de ____ de ____

Médico Orientador / CRM

Contratante / Declarante



DESTAK

Exclusões e Planos de Continuidade

Documentos Necessários - Clinipam

saúde



Exclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- ✓ No caso de demissão é necessário o envio da **cópia da rescisão e termo de ciência beneficiários com direito a continuidade - RN nº 279**
- ✓ No caso de óbito enviar cópia da **certidão de óbito**.
- ✓ No caso em que o colaborador decide romper com o contrato, se faz necessário a **ficha de exclusão TOTAL plano de saúde ou ficha de exclusão de DEPENDENTES plano de saúde**, para cancelamento o mesmo deverá ter cumprido o **prazo de permanência mínima de 12 meses e 6 meses sem utilização ou conforme contrato vigente**.



Planos de continuidade

- ✓ Caso o beneficiário opte pela continuidade no plano ele deverá enviar as documentações necessárias **até no máximo 30 dias da data de demissão**.

Documentos

- ✓ Termo de ciência beneficiários com direito a continuidade - RN nº 279
- ✓ RG e CPF ou CNH
- ✓ Rescisão
- ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados, registro e baixa)
- ✓ Três últimos holerites
- ✓ Comprovante de residência

- ✓ Caso o beneficiário não opte pela continuidade no plano deverá assinar o termo de opção e o RH reter as carteirinhas no momento da demissão.



DESTAK



✓ Termo de ciência beneficiários com direito a continuidade - RN nº 279

Ler, preencher TODOS os campos marcados, “Local e Data” e assinar no campo “Assinatura do beneficiário (titular) – Seguir orientações do termo para dar a continuidade no processo.

CLINIPAM
Grupo Notre Dame Intermédica

ANS nº 279

VERSÃO JULHO/2020

TERMO DE CIÊNCIA | BENEFICIÁRIOS COM DIREITO À CONTINUIDADE
(Resolução Normativa nº 279)

Eu, [REDACTED], inscrito sob o CPF nº [REDACTED], declaro para os devidos fins que nesta data foi-me comunicado sobre a possibilidade de manutenção no plano de saúde na condição de Termo de Continuidade, direito este extensivo aos meus dependentes já inscritos no plano durante a vigência do contrato de trabalho, nas mesmas condições de cobertura que gozava na condição daquele vínculo ativo, desde que tenha contribuído com o pagamento da minha mensalidade do plano de saúde, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei 9658/98 e Resolução Normativa da ANS nº 279 (e suas atualizações).

Também estou ciente que tendo direito ao termo de continuidade e optando pelo mesmo:

- (1) Em caso de desligamento da empresa por demissão ou exoneração sem justa causa, o meu tempo de permanência no plano na condição de termo de continuidade será de um terço do período de contribuição, com o mínimo assegurado de 06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses;
- (2) Em caso de desligamento da empresa por aposentadoria, o meu tempo de permanência no plano, na condição de termo de continuidade, será de um ano para cada ano de contribuição, salvo se o período de contribuição for igual ou superior a dez anos, sendo-me garantido, neste último caso, o direito de permanência por prazo indeterminado enquanto estiver vigente o contrato entre a operadora e a CONTRATANTE (Pessoa Jurídica);
- (3) O valor da mensalidade para o plano de termo de continuidade obedecerá à tabela de preços em 10 faixas etárias, disposta no contrato da CONTRATANTE (Pessoa Jurídica). Havendo alteração de faixa etária do ex- empregado ou de seus dependentes, o valor da mensalidade será alterado no mês subsequente ao da ocorrência de acordo com os percentuais de variação da tabela. A alteração dos valores por reajuste contratual se dará no mês do aniversário do contrato assinado com a CONTRATANTE (Pessoa Jurídica);
- (4) Assumirei a responsabilidade de pagamento do plano junto à operadora de planos de saúde, no valor integral correspondente a minha mensalidade e a de meus dependentes;
- (5) O atraso no pagamento da mensalidade ensejará na incidência de juros de 1% ao mês (0,033 ao dia) e à multa de 2% sobre o valor do débito em atraso;
- (6) A inadimplência superior a 60 dias permitirá o cancelamento do Termo de Continuidade ao Plano pela CLINIPAM e, consequentemente, a devida inscrição nos cadastros de proteção de crédito, mediante prévia notificação;
- (7) Terei obrigação de comunicar imediatamente a operadora de plano de saúde, quando da admissão em novo emprego que possibilite minha adesão a um novo plano de saúde.

Tendo direito e no desejo de usufruir do Termo de Continuidade, deverei entrar em contato com a CLINIPAM pelos telefones (41) 3021-3001 (Curitiba), (47) 2123-3000 (Blumenau, Joinville, Indaiatuba), (47) 2103-3100 (Itajaí e Gaspar) ou (47) 2107-3200 (Jaraguá do Sul) para solicitar, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados do comunicado do aviso prévio ou aposentadoria, onde será agendado uma data, horário e local para que compareça munido dos seguintes documentos: Este Termo de Ciência, comprovante de residência (exceto Copel e Sanepar), último holerte que comprove sua contribuição na mensalidade do plano, RG e CPF para o titular e dependentes. Em caso de filhos menores de 18 anos, apresentar Certidão de Nascimento ou RG e CPF. Se casado, Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável Registrada em Cartório.

Curitiba, ____ de _____ de 20____.

[REDACTED]
Assinatura do beneficiário (titular)



Ficha de exclusão TOTAL plano de saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE EXCLUSÃO TOTAL PLANO DE SAÚDE



Nome do Funcionário:	CPF:	RG:	Cidade:	UF:
Cargo:				
Motivo Exclusão:	N° Carteirinha _____			

✓ Preenchimento do campo “Carta de cancelamento”

Preencher TODOS os campos marcados.

Carta de cancelamento

Eu, _____, portador do CPF: _____ e RG: _____,
contribuinte do plano de saúde: _____ carteirinha nº: _____,
da empresa: _____.
Desejo efetuar o cancelamento do plano a partir de _____ / _____ / _____.

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que cumpri com as cláusulas contratuais, respeitei o prazo mínimo de permanência de 12 meses para todos os beneficiários do meu grupo familiar, estou ciente de que a exclusão total do plano abrange titulares, todos os dependentes e agregados.

Estou entregando todas as carteirinhas ao RH da empresa.

Local e data

_____, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura Funcionário



DESTAK



Ficha de exclusão de DEPENDENTES plano de saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE PLANO DE SAÚDE



Nome do Funcionário:	_____								
Cargo:	_____	CPF:	_____	RG:	_____	Cidade:	_____	UF:	_____
Motivo Exclusão:	_____	Nº Carteirinha	_____						

✓ Preenchimento do campo “Carta de cancelamento”

Preencher TODOS os campos marcados e dados de todos os dependentes que deverão ser excluídos.

Carta de cancelamento

Eu, _____, portador do CPF: _____ e RG: _____,
contribuinte do plano de saúde: _____ carteirinha nº: _____,
da empresa: _____.
Desejo efetuar o cancelamento apenas dos dependentes citados abaixo:
Nome: _____ carteirinha nº: _____
a partir de : ____ / ____ / ____

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que cumpri com as cláusulas contratuais, respeitei o prazo mínimo de permanência de 12 meses para todos os beneficiários do meu grupo familiar, estou ciente de que a exclusão do plano abrange apenas os dependentes e agregados citados acima.

Estou entregando as carteirinhas dos dependentes e agregados citados ao RH da empresa.

Local e data

_____, de _____ de 20 _____.





Assinatura Funcionário



DESTAK



Neste manual constam os procedimentos, documentações, formulários e orientações para envio e preenchimento de cada operadora, **TODAS as documentações listadas e informações circuladas em amarelo** são imprescindíveis para a realização dos processos de inclusão, exclusão e plano de continuidade.

Sem as mesmas corretas e completas, os processos poderão atrasar e até mesmo perder o prazo, podendo acarretar em custos, carências e negativa da operadora.



Operadoras

- ✓ Ameplan
- ✓ Bradesco
- ✓ Cemeru
- ✓ Clinipam
- ✓ **GNDI**
- ✓ H Saúde
- ✓ Mediplan
- ✓ São Francisco Saúde
- ✓ São Francisco Vidas
- ✓ São Lucas Saúde
- ✓ Saúde Beneficência
- ✓ Única Saúde
- ✓ Unimed Costa do Sol



Inclusões

Documentos Necessários - GNDI



Inclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- ✓ Ficha de adesão plano de saúde
- ✓ Declaração de saúde
- ✓ Carta de orientação ao beneficiário

Documentos (cópias)

Titular

- ✓ Ficha de registro
- ✓ RG e CPF ou CNH
- ✓ Comprovante de residência
- ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados e registro)
- ✓ Ficha de registro

Dependentes

Cônjuge

- ✓ Comprovação de vínculo (certidão de casamento, união estável ou comprovação de filhos em comum)
- ✓ Declaração de união estável (nos casos de união estável e filhos em comum)
RG e CPF ou CNH

Filhos

- ✓ Comprovação de vínculo (certidão de nascimento ou declaração de guarda)
- ✓ RG (para maiores de 18 anos) e CPF (para todos)

✓ Respeitando a convenção coletiva, os beneficiários serão isentos de carências quando solicitada a inclusão em até no máximo 90 ou 180 dias da data de admissão (dependendo do cargo) e até 30 dias da data de vínculo, no caso de novos dependentes. Para inclusões após o prazo determinado, serão aplicadas carências conforme ANS.





DESTAK



DESTAK



Ficha de adesão plano de saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE ADESÃO PLANO DE SAÚDE



TIPO DE MOVIMENTAÇÃO: () Nova Inclusão () Inclusão de Dependente () Alteração de Plano () Não Optante

Nome do Funcionário: _____							
Data Nascimento: _____		Sexo: _____	Estado Civil: _____		Matrícula: _____	Admissão: _____	
Cargo: _____	CPF: _____	RG: _____			PIS: _____		
Tel. R. _____	Celular: _____	Nome da Mãe: _____		Nº _____	Complemento: _____	CEP: _____	
End. R. _____	Bairro: _____	Cidade: _____	UF: _____	Nº Cadastro Nacional de Saúde: _____			

✓ Preenchimento do campo “Dependente”

Preencher TODOS os campos marcados para todos os dependentes que deverão ser incluídos.

DEPENDENTES: Cônjuge ou companheiro(a), Dependentes legais e Parentes consanguíneos até 3º grau.	DATA NASC.	CPF (Obrigatório para todos os dependentes)	RG (Obrigatório para maiores de 18 anos)	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	SEXO	NOME DA MÃE (campo obrigatório para todos os dependentes)
1.							
2.							
3.							
4.							

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que tenho interesse em aderir ao plano de saúde oferecido pela empresa e ciente dos descontos a serem feitos em meu contracheque referente a mensalidade, conforme contrato, em caso de afastamento farei o depósito dos valores de minha responsabilidade na conta corrente informada pela empresa, caso contrário o plano será suspenso.

Ciente de que o cancelamento do plano somente em caso de desligamento da empresa ou poderá ser solicitado após 12 meses a partir da data de inclusão.

Local e data

_____, de _____ de 20 _____.



Assinatura Funcionário





DESTAK

U Declaración de Saúde

- ✓ Responder as TODAS perguntas em todos os campos.
- ✓ **TITULAR** – Se refere ao titular do plano (funcionário da empresa).
- ✓ **DEPENDENTES** – Cônjuge ou companheiro(a) e filhos(as) solteiros até 24 anos.

Exemplo: Funcionário + Cônjuge + Filho
Responder as perguntas para: Titular + 1 + 2



Lei nº 9.656,
de 3/6/1998

Nº da Proposta de Adesão

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. A Declaração de Saúde consiste no preenchimento do formulário abaixo para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que você saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual.
2. Você tem o direito de preencher esta Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede credenciada ou referenciados da São Lucas Saúde, sem qualquer ônus. Caso você opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da São Lucas Saúde, poderá fazê-lo, desde que você se responsabilize pelos honorários médicos deste profissional.
3. Conforme disposto na RN 162 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, define-se como: a) Cobertura Parcial Temporária (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal; b) Agravo: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano de 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.
4. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, conhecida por você e não declarada neste formulário, pode acarretar consequências previstas na legislação, de rescisão contratual e de responsabilidades por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso estes fatos venham a ser comprovados junto à ANS.
5. As doenças ou lesões declaradas nesta Declaração de Saúde é oferecida Cobertura Parcial Temporária – CPT pela São Lucas Saúde, de acordo com o prazo e as condições de suspensão de cobertura, conforme descrito no item 3.

Nome do Titular (obrigatoriamente nome completo)

DEVE SER PREENCHIDO PELO TITULAR E REPRESENTANTE LEGAL

Item	Perguntas	Assinale com "S"(Sim) ou "N"(Não)			
		Titular	Dependentes		
			1	2	3
1.	Alguma doença dos olhos (uso de óculos ou lentes, miopia, astigmatismo, estrabismo, catarata, doença da retina, ceratocone e outras)?				
2.	Alguma doença da audição, do ouvido, do nariz ou da garganta (surdez, aparelho auditivo, rinite, sinusite, amigdalite, desvio de septo ou outro)?				
3.	Alguma doença do cérebro, do sistema nervoso ou doença psiquiátrica (convulsão, derrame, AVC, aneurisma, paralisia cerebral, paralisia de algum membro, lesão de medula, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, depressão, esquizofrenia e outras)?				
4.	Alguma doença do coração (pressão alta, angina, infarto, arritmia, aneurisma, coração dilatado, marca-passo, sopro, stent, ponte de safena, Chagas, febre reumática e outras)? Nasceu com doença do coração ou cirurgia cardíaca? Tem varizes ou algum problema de circulação nas pernas?				
5.	Alguma doença respiratória ou do pulmão (asma, bronquite, enfisema, tuberculose, pneumonia e outras)?				
6.	Alguma doença dos rins ou da bexiga (cálculo renal, insuficiência renal, diálise, infecção de urina de repetição, incontinência ou perda de urina, cisto renal, doença policística, sangramento na urina, nódulo ou tumor de rim e outras)?				
7.	Alguma doença da mama, genital ou sistema reprodutor feminino (cisto ou tumor de ovário, ovário policístico, cisto de mama, tumor ou nódulo de mama, câncer de mama, mioma, sangramento vaginal, câncer de colo de útero, bexiga caída, infertilidade e outras)?				
8.	Alguma doença do genital ou sistema reprodutor masculino (ginecomastia, doença de próstata, câncer de próstata, hiperplasia ou inchão da próstata, estreitamento da uretra, fimose, hidrocele, varicocele, impotência sexual, doença dos testículos, infertilidade e outras)?				
9.	Alguma doença do sangue, reumatismo, doença imunológica, do colágeno ou autoimune (anemia, anemia falciforme, leucemias, linfoma, púrpura, HIV ou AIDS, Chagas, lúpus, esclerose múltipla, artrite reumatoide, psoríase, doença da coagulação, febre reumática e outras)?				
10.	Alguma doença do sistema digestivo (hérnia umbilical, hérnia inguinal, outras hérnias, gastrite, pedra na vesícula, refluxo, doença do intestino, doença de Crohn, colites, hepatite B, hepatite C, outras hepatites, cirrose, outras doenças do fígado ou pâncreas)?				
11.	Tem obesidade ou sobrepeso? Tem diabetes, doença da tireoide, outra doença endócrina ou do metabolismo? Alguma doença do crescimento?				
12.	Alguma doença dos ossos ou da coluna (artrose, hérnia de disco, desvio de coluna, osteoporose, lesão de ligamento ou tendão, doença do fêmur ou joelho, bursites, tendinites, artrites, fraturas, placas, pinos, próteses e outras)? Alguma doença dos ossos da face, mandíbula ou cirurgia de bucomaxilofacial?				



DESTAK

Continuação da Declaração de Saúde

✓ Continuar respondendo TODAS as perguntas.

13.	Algum tumor benigno, maligno ou câncer (leucemia, linfoma, câncer de mama, pulmão, fígado, tumor ou pólipos de intestino, tumor ou câncer da próstata, melanoma e outros tumores de pele, tumor de boca ou outros tipos de câncer)?									
14.	Alguma outra doença com necessidade de internação e/ou cirurgia que não foi mencionada acima? Alguma doença genética, de nascença ou congênita?									
15.	Informar peso:	Titular	Dep.(1)	Dep.(2)	Dep.(3)	Dep.(4)				
16.	Informar altura:	Titular	Dep.(1)	Dep.(2)	Dep.(3)	Dep.(4)				

✓ Item se refere ao número da pergunta no formulário acima.

Caso o cônjuge responda “sim” para a pergunta abaixo:

1.	Alguma doença dos olhos (uso de óculos ou lentes, miopia, astigmatismo, estrabismo, catarata, doença da retina, ceratocone e outros)?				
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

Caso você e/ou seu(s) dependente(s) apresente(m) alguma(s) das situações anteriores, por favor, especifique(m) datas, tratamentos, realização de cirurgias, i mportantes situação atual ou demais dados que considerar(em) para avaliação médica e o número do dependente. Se dispuser de relatório médico ou laudo de exames e cirurgias a respeito da doença referida, junte a esta Declaração de Saúde.

Item (pergunta)	Tit./Nº do dependente	Data/evento – Descrição/Eclarecimento/CID	Usa da operadora
17	1 - Cônjuge	Miopia 3,25 esquerdo e direito. Uso de lentes de contato trocados diariamente. Miopia desde os 14 anos	

✓ Anexar um relatório médico com as informações da patologia.

Ler, preencher “Local e Data” e assinar.

Caso você e/ou seu(s) dependente(s) apresente(m) alguma(s) das situações anteriores, por favor, especifique(m) datas, tratamentos, realização de cirurgias, i mportantes situação atual ou demais dados que considerar(em) para avaliação médica e o número do dependente. Se dispuser de relatório médico ou laudo de exames e cirurgias a respeito da doença referida, junte a esta Declaração de Saúde.

Item (pergunta)	Tit./Nº do dependente	Data/evento – Descrição/Eclarecimento/CID	Usa da operadora
17	1 - Cônjuge	Miopia 3,25 esquerdo e direito. Uso de lentes de contato trocados diariamente. Miopia desde os 14 anos	

Eu, proponente titular, declaro que:

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

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

Local e Data	Assinatura do Titular ou Representante Legal	Médico/Carimbo CRM
--------------	----------------------------------------------	--------------------



DESTAK



✓ Carta de orientação ao beneficiário

Ler e rubricar.



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 sofrer 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 BENEFICIARIO 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, 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.

Rubrica



DESTAK



✓ Continuação - Carta de orientação ao beneficiário

Ler, preencher “Local e Data”, nome, CPF e assinar no campo “Beneficiário”

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Beneficiário

_____, ____ / ____ / ____
Local _____ Data _____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____ / ____ / ____
Local _____ Data _____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

ANS nº 352017



DESTAK



✓ Continuação - Carta de orientação ao beneficiário

Preencher TODOS os campos marcados, “Local e Data”, assinar nos campos “1º Declarante” e “2º Declarante” e pedir para duas pessoas preencherem e assinarem no campo “Testemunhas”.

  Notre Dame Intermédica  São Lucas Saúde

DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL

Nós, _____, nome completo _____, nacionalidade _____, estado civil _____, portador da Carteira de Identidade sob o nº _____, profissão _____, expedida pelo _____, inscrito no CPF sob o nº _____, e _____, nome completo _____, nacionalidade _____, estado civil _____, portador da Carteira de Identidade sob o nº _____, profissão _____, expedida pelo _____, inscrito no CPF sob o nº _____, residentes à _____, declaramos, sob penas da lei, que convivemos em União Estável desde _____ / _____ / _____, nos termos dos artigos 1723 e seguintes do Código Civil.

_____, de _____. de _____.
1º Declarante

2º Declarante

Testemunhas

1. _____
Nome: _____ C. I. nº _____ expedida _____
CPF: _____

2. _____
Nome: _____ C. I. nº _____ expedida _____
CPF: _____



Exclusões e Planos de Continuidade

Documentos Necessários – GNDI

saúde



Exclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- ✓ No caso de demissão é necessário o envio da **cópia da rescisão e termo de opção de continuidade.**
- ✓ No caso de óbito enviar cópia da **certidão de óbito.**
- ✓ No caso em que o colaborador decide romper com o contrato, se faz necessário a **ficha de exclusão TOTAL plano de saúde ou ficha de exclusão de DEPENDENTES plano de saúde**, para cancelamento o mesmo deverá ter cumprido o **prazo de permanência mínima de 12 meses e 6 meses sem utilização ou conforme contrato vigente.**



Planos de continuidade

- ✓ Caso o beneficiário opte pela continuidade no plano ele deverá enviar as documentações necessárias **até no máximo 30 dias da data de demissão.**

Documentos

- ✓ Termo de opção de continuidade
- ✓ RG e CPF ou CNH
- ✓ Rescisão
- ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados, registro e baixa)
- ✓ Três últimos holerites
- ✓ Comprovante de residência

- ✓ Caso o beneficiário não opte pela continuidade no plano deverá assinar o termo de opção e o RH reter as carteirinhas no momento da demissão.



DESTAK



Plano de Continuidade

✓ Termo de opção de continuidade

Preencher TODOS os campos marcados.

 NotreDame Intermédica <small>ANS nº 359017</small>	 SÃO LUCAS SAÚDE <small>ANS nº 344362</small>	Termo de Opção de Continuidade <small>(Conforme Arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98 e RN 279)</small>				<input type="checkbox"/> DEMITIDO ou EXONERADO <input checked="" type="checkbox"/> APOSENTADO			
1- DADOS CADASTRAIS TITULAR									
Cód. Empresa atual:			Matrícula Vigente		Plano Vigente:				
Nome Completo:									
Data de Nascimento		Sexo	E C	CPF (Obrigatório)	PIS/PASEP		Cartão Nacional de Saúde		
Nome Completo da Mãe:									
CEP		Rua / Av.			Nº				
Bairro			Cidade		UF	Nº Telefone Fixo ou Celular			
Email - meio oficial de recepção de boletos e comunicados (Obrigatório)									

✓ Preenchimento do campo “Dependente”

2- DADOS DEPENDENTES (Desde que inscritos na vigência do contrato de trabalho*)									
Nome Completo:									
1-	Data de Nascimento		Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo		Cartão Nacional de Saúde		
	E C	G P	Nome da Mãe Completo						

✓ Caso tenha mais dependentes que vão permanecer no plano, preencher conforme acima

Nome Completo:									
2-	Data de Nascimento		Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo		Cartão Nacional de Saúde		
	E C	G P	Nome da Mãe Completo						
Nome Completo:									
3-	Data de Nascimento		Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo		Cartão Nacional de Saúde		
	E C	G P	Nome da Mãe Completo						
Nome Completo:									
4-	Data de Nascimento		Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo		Cartão Nacional de Saúde		
	E C	G P	Nome da Mãe Completo						
Legenda: E C: Estado Civil: 1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo 4- Separado 5- Divorciado 6- Outros * Somente serão permitidos novos dependentes em caso de novos cônjuges ou filhos.									



DESTAK



✓ Continuação - Termo de opção de continuidade

Preencher TODOS os campos marcados.

3 - VALOR DA TAXA MENSAL EM R\$ (A tabela por faixa etária está disponível no portal da operadora na área restrita do beneficiário)				
Cobrança <input type="checkbox"/> Preço Único - Taxa Média <input type="checkbox"/> Preço Faixa Etária	+	Titular	Dependente(s)	= Valor - Primeira Mensalidade

4 - DADOS SOBRE A CONTRIBUIÇÃO E PÉRIODO DE MANUTEÇÃO NO PLANO DE SAÚDE				
Data do Início da Contribuição	Data da comunicação do Aviso Prévio ou Aposentadoria	Vigência do Período de Manutenção		
		Vigência da Cobertura	Término da Cobertura	
Operadoras		Data de Início da Contribuição	Data de Término da Contribuição	Total de Meses
Atual				
Anterior(1)				
Anterior(2)				

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura do titular ou responsável legal em caso de beneficiário menor de idade”.

5- DECLARAÇÃO

Declaro para os fins do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, regulamentados pela RN nº279 e suas atualizações, ter ciência dos direitos e deveres assegurados pela referida Lei e Resoluções e, declaro que OPTEI pela continuidade nas mesmas condições de cobertura assistencial existentes durante a vigência do contrato de trabalho, juntamente com os dependentes designados no Item 2, assumindo neste ato a responsabilidade pelo pagamento integral das mensalidades, observadas as informações constantes no verso deste Termo.

Tem ciência de que o boleto para pagamento, assim como toda a comunicação de aviso de vencimento de boleto, inadimplência, descredenciamento de rede e aviso de cancelamento, **NÃO SERÃO ENVIADOS ATRAVÉS DOS CORREIOS, E SIM ENVIADOS AO E-MAIL INFORMADO NO ITEM 01 DESTE TERMO DE OPÇÃO DE CONTINUIDADE**, em até 10 dias antes da data de vencimento.

Local e data	Assinatura do titular ou responsável legal em caso de beneficiário menor de idade
--------------	-----------------------------------------------------------------------------------



DESTAK



Continuação - Termo de opção de continuidade

Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura do titular ou responsável legal em caso de beneficiário menor de idade”.

 <small>ANEXO nº 280012</small>	 Termo de Opção de Continuidade <small>(Conforme Arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98 e RN 279)</small>
6- INFORMAÇÕES GERAIS: OPÇÃO DE CONTINUIDADE NO PLANO DE SAÚDE	
<ul style="list-style-type: none"> • 6.1. Prazos de Direito <ul style="list-style-type: none"> 6.1.1. O prazo para a opção de continuidade na condição de beneficiário, pelo titular e seus dependentes inscritos na vigência do contrato de trabalho, é de até 30 (trinta) dias, após o comunicado da empresa, que deverá ser formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indemnizado, ou da comunicação da aposentadoria 6.1.2. Demitidos ou exonerados sem justa causa <ul style="list-style-type: none"> O período de manutenção será igual a 1/3 (um terço) do tempo durante o qual contribuiu para o pagamento da contraprestação pecuniária do plano privado de assistência à saúde, sendo-lhe garantido um período mínimo de 06 (seis) meses e, no máximo, um período de 24 (vinte e quatro) meses. 6.1.3. Aposentados: <ul style="list-style-type: none"> - Com menos de 10 (dez) anos de contribuição: o direito de permanência no plano será proporcional ao tempo de contribuição, á razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição. - Com 10 (dez) anos de contribuição: o direito de permanência no plano será garantido por prazo indeterminado, observadas as condições previstas no item 6.5 abaixo. 6.2. Da Vigência do Período de Manutenção: <ul style="list-style-type: none"> A vigência do período de manutenção será contada a partir da efetivação do cadastro. 6.3. Da Mensalidade: <ul style="list-style-type: none"> 6.3.1. O beneficiário assumirá o pagamento integral do plano de assistência à saúde que corresponde ao valor pago pelo empregador somado a contribuição paga pelo empregado (titular e dependentes), podendo ser cobrado por preço único (taxa média) ou por faixa etária, observada a informação do Item 3 deste Termo que reflete as condições contratuais pactuadas. 6.3.2. As mensalidades deverão ser pagas até a data de vencimento, por meio de boleto enviado ao endereço eletrônico declarado neste termo. 6.3.3. O 1º boleto será encaminhado após a realização do cadastro, prorrogado para 10 dias, o que não significa alteração da data de vencimento dos boletos subsequentes. O vencimento da 2ª mensalidade ocorrerá após 30 dias da data de vigência do contrato. 6.3.4. As mensalidades serão reajustadas na mesma periodicidade e percentuais aplicados a Empresa Contratante. 6.4. Da Carteira de Identificação: <ul style="list-style-type: none"> A nova carteira de identificação com o período de manutenção da condição de beneficiário será enviada ao endereço informado. A utilização do Plano de Saúde também poderá ser realizada com a apresentação da Carteirinha Virtual, disponível através do São Lucas App. 6.5. Da Perda do Direito dos Beneficiários titulares e seus dependentes aos direitos dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98: <ul style="list-style-type: none"> 6.5.1. A perda do direito a manutenção da condição de beneficiário, se dará nas seguintes hipóteses: <ul style="list-style-type: none"> a) pelo término dos prazos estabelecidos na Lei e reproduzidos no item 6.1 deste Termo; b) quando o beneficiário titular for admitido em novo emprego; c) na falta do pagamento da mensalidade do plano em prazo superior a 30 (trinta) dias de seu vencimento; d) por fraude praticada pelo Beneficiário Titular ou dependentes ou devido a inobservância das obrigações estabelecidas na lei ou no Contrato firmado entre Contratante e a São Lucas Saúde; ou e) quando do cancelamento do contrato firmado entre a São Lucas Saúde e a Contratante. 6.6. As disposições deste Termo são informações gerais ao ex-empregado, sendo preservados todos os direitos e deveres assegurados pela Lei 9656/98 e sua regulamentação, de forma que qualquer alteração nas condições contratuais vigentes com a Contratante ou na legislação vigente, serão aplicadas no que couber a este Termo, mesmo que retroativamente, se assim a lei disser. 6.7. Da documentação obrigatória <ul style="list-style-type: none"> Na opção pela manutenção da condição de beneficiário deverá ser apresentada a documentação informada no Comunicado para Opção de Continuidade, apresentado pela empresa contratante. 	
Local e data	Assinatura do titular ou responsável legal em caso de beneficiário menor de idade





Ficha de exclusão TOTAL plano de saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE EXCLUSÃO TOTAL PLANO DE SAÚDE



Nome do Funcionário:	_____								
Cargo:	_____	CPF:	_____	RG:	_____	Cidade:	_____	UF:	_____
Motivo Exclusão:	Nº Carteirinha _____								

✓ Preenchimento do campo “Carta de cancelamento”

Preencher TODOS os campos marcados.

Carta de cancelamento

Eu, _____, portador do CPF: _____ e RG: _____,
contribuinte do plano de saúde: _____ carteirinha nº: _____,
da empresa: _____.
Desejo efetuar o cancelamento do plano a partir de _____ / _____ / _____.

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que cumpri com as cláusulas contratuais, respeitei o prazo mínimo de permanência de 12 meses para todos os beneficiários do meu grupo familiar, estou ciente de que a exclusão total do plano abrange titulares, todos os dependentes e agregados.

Estou entregando todas as carteirinhas ao RH da empresa.

Local e data

_____, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura Funcionário



DESTAK



Ficha de exclusão de DEPENDENTES plano de saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE PLANO DE SAÚDE



Nome do Funcionário:	_____								
Cargo:	_____	CPF:	_____	RG:	_____	Cidade:	_____	UF:	_____
Motivo Exclusão:	_____	Nº Carteirinha	_____						

✓ Preenchimento do campo “Carta de cancelamento”

Preencher TODOS os campos marcados e dados de todos os dependentes que deverão ser excluídos.

Carta de cancelamento

Eu, _____, portador do CPF: _____ e RG: _____,
contribuinte do plano de saúde: _____ carteirinha nº: _____,
da empresa: _____.
Desejo efetuar o cancelamento apenas dos dependentes citados abaixo:
Nome: _____ carteirinha nº: _____
a partir de : _____ / _____ / _____

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que cumpri com as cláusulas contratuais, respeitei o prazo mínimo de permanência de 12 meses para todos os beneficiários do meu grupo familiar, estou ciente de que a exclusão do plano abrange apenas os dependentes e agregados citados acima.

Estou entregando as carteirinhas dos dependentes e agregados citados ao RH da empresa.

Local e data

_____, de _____ de 20 _____.

Assinatura Funcionário



DESTAK



Neste manual constam os procedimentos, documentações, formulários e orientações para envio e preenchimento de cada operadora, **TODAS as documentações listadas e informações circuladas em amarelo** são imprescindíveis para a realização dos processos de inclusão, exclusão e plano de continuidade.

Sem as mesmas corretas e completas, os processos poderão atrasar e até mesmo perder o prazo, podendo acarretar em custos, carências e negativa da operadora.



Operadoras

- ✓ Ameplan
- ✓ Bradesco
- ✓ Cemeru
- ✓ Clinipam
- ✓ GNDI
- ✓ **H Saúde**
- ✓ Mediplan
- ✓ São Francisco Saúde
- ✓ São Francisco Vidas
- ✓ São Lucas Saúde
- ✓ Saúde Beneficência
- ✓ Única Saúde
- ✓ Unimed Costa do Sol



Inclusões

Documentos Necessários – H Saúde

saúde



Inclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- ✓ Termo de adesão
- ✓ Carta de orientação ao beneficiário
- ✓ Declaração de saúde

Documentos (cópias)

Titular

- ✓ Ficha de registro
- ✓ RG e CPF ou CNH
- ✓ Comprovante de residência
- ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados e registro)
- ✓ Ficha de registro

Dependentes

Cônjuge

- ✓ Comprovação de vínculo (certidão de casamento, união estável ou comprovação de filhos em comum)
- ✓ RG e CPF ou CNH

Filhos

- ✓ Comprovação de vínculo (certidão de nascimento ou declaração de guarda)
- ✓ RG (para maiores de 18 anos) e CPF (para todos)

- ✓ Respeitando a convenção coletiva, os beneficiários serão isentos de carências quando solicitada a inclusão em até no máximo 90 ou 180 dias da data de admissão (dependendo do cargo) e até 30 dias da data de vínculo, no caso de novos dependentes. Para inclusões após o prazo determinado, serão aplicadas carências conforme ANS.



DESTAK



Termo de adesão

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



TERMO DE ADESÃO FICHA CADASTRAL EMPRESA PARA O PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

INSCRIÇÃO Nº

ANS - nº 41.649-5

EMPRESA:			
<input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE FUNCIONÁRIO	<input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO	
PLANO OPTADO:	E-MAIL:		
1. FUNCIONÁRIO			
Nome		Data de nascimento	Sexo
Nº do Cartão Nacional de Saúde	C.P.F.	Nº PIS	
R.G.	Nº do Registro	Nº Carteira de Trabalho	Est. Civil
Endereço Residencial		Nº	Apto.
Bairro	Município	UF	CEP
Telefone Residencial	Telefone Comercial	Celular	DATA DE ADMISSÃO
Nome da Mãe do Titular		DIA	MÊS
			ANO

✓ Preenchimento do campo “Dependente”

Preencher TODOS os campos marcados para todos os dependentes que deverão ser incluídos.

2. DEPENDENTE

Nome		Data de nascimento	Sexo	Parent.	
1	RG (Obrigatório para maiores de 18 anos)	Orgão Expedidor	Data de Emissão	CPF (Obrigatório para maiores de 18 anos)	Nº do cartão Nacional de Saúde
Nome da Mãe			Nº da Declaração de Nascido Vivo		



DESTAK



Continuação - Termo de adesão

✓ Continuação preenchimento do campo “Dependente”

Caso tenha mais dependentes preencher conforme acima.

Nome				Data de nascimento	Sexo	Parent.
RG (Obrigatório para maiores de 18 anos)	Orgão Expedidor	Data de Emissão	CPF (Obrigatório para maiores de 18 anos)	Nº do cartão Nacional de Saúde		
Nome da Mãe				Nº da Declaração de Nascido Vivo		
Nome				Data de nascimento	Sexo	Parent.
RG (Obrigatório para maiores de 18 anos)	Orgão Expedidor	Data de Emissão	CPF (Obrigatório para maiores de 18 anos)	Nº do cartão Nacional de Saúde		
Nome da Mãe				Nº da Declaração de Nascido Vivo		
Nome				Data de nascimento	Sexo	Parent.
RG (Obrigatório para maiores de 18 anos)	Orgão Expedidor	Data de Emissão	CPF (Obrigatório para maiores de 18 anos)	Nº do cartão Nacional de Saúde		
Nome da Mãe				Nº da Declaração de Nascido Vivo		

✓ Funcionário ler, preencher campos marcados, “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

✓ Empresa assinar e carimbar (Carimbo CNPJ) no campo “Assinatura do Contratante (Empresa)”.

<p>- Declaro que me encontro em perfeitas condições de saúde e em plena atividade profissional. - Declaro para todos os fins que as informações aqui prestadas são verdadeiras e completas, ciente como estou e de acordo com o artigo 766, e parágrafo único do Código Civil de 2002 brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação ou na taxa mensal, perderei o direito a quaisquer coberturas do Contrato.</p>	
INCLUSÃO A PARTIR DE _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> COM CARÊNCIAS <input type="checkbox"/> SEM CARÊNCIAS	Observação <hr/> <hr/>
Matão, _____ de _____ de 20 _____ <hr/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Assinatura do Funcionário </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Assinatura do Contratante (Empresa) </div>	



DESTAK

H Saúde



Declaração de Saúde

saúde

✓ Carta de orientação ao beneficiário

Ler e rubricar.



(Anexo) 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 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 do plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carência 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.

Rubrica



DESTAK

H Saúde



Declaração de Saúde

saúde

✓ Continuação - Carta de orientação ao beneficiário

Ler, preencher “Local e Data”, nome e assinar no campo “Beneficiário”



ANS nº 41.649-5

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.
Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Beneficiário

_____/_____
Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome legível, CPF e assinatura

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____/_____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, CPF e assinatura



DESTAK



✓ Continuação - Carta de orientação ao beneficiário

Ler, marcar uma das alternativas e rubricar.



ANS nº 41.649-5

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Este documento possui 07 páginas, podendo ainda, conter anexo (s), sendo este (s) referente ao (s) "TERMO DE OPÇÃO POR COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA", quando da existência de doença ou lesão preexistente. As primeiras 2 (duas) páginas deste documento referem-se à CARTA DE ORIENTAÇÃO AO CONSUMIDOR, conforme determina o § 2º do art. 3º da Resolução Normativa RN nº 162, seguido por esta página com as Considerações Gerais sobre o assunto, Definições e pela Declaração de Saúde.

O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

Marque com um X a opção escolhida quanto à orientação médica para o preenchimento deste Formulário de Declaração de Saúde.

Declaro que optei por:

ser orientado(a) por médico(a) designado(a) pela Matã Amhma Saúde, sem ônus financeiro.

ser orientado(a) por médico(a) de minha escolha, ciente de que as despesas com honorários serão de minha responsabilidade.

dispensar a presença do médico orientador para auxiliar-me, por entender que não houve, de minha parte, qualquer dúvida com relação às perguntas formuladas e suas implicações

Uso exclusivo do médico que orientou o preenchimento:

Identificação do médico (carimbo e assinatura)

A omissão de informação sobre a existência de doenças ou lesão preexistente da qual o beneficiário 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 beneficiário 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 a ANS.

É obrigatória a comunicação de mudança de endereço em 02 (dois) dias úteis, no máximo, por carta protocolada na recepção da operadora.

ATÉ A DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO, NEM DO ATENDIMENTO.

DEFINIÇÕES

I - Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) 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 nesta Resolução;

Rubrica



DESTAK

H Saúde



Declaração de Saúde

saúde

✓ Continuação - Carta de orientação ao beneficiário

Ler, preencher “Local e Data” e assinar nos campos “Assinatura do Titular ou Responsável”.



ANS nº 41.649-5

II - 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;

III - Agravo como qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que 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 operadora e o beneficiário.

IV - Segmentação como tipo de cobertura contratada no plano privado de assistência à saúde conforme o art. 12 da lei. nº 9656, de 1998.

Observação: A Operadora Matão Clínicas & Amhma Saúde Ltda não trabalha com o agravo.

Declaração de Disposição de Profissional Médico

Declaro que a MATÃO AMHMA SAÚDE colocou a minha disposição, profissional médico sem ônus financeiro, para orientação e para elucidação quanto ao preenchimento “Declaração de Saúde”. Fui informado(a) que poderei optar por um profissional de minha livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção.

Local e Data

Assinatura do Titular ou Responsável
Caso o titular seja menor

Declaração

DECLARO PARA TODOS OS FINS E EFEITOS:

1 - Que recebi uma cópia, tenho ciência, estou de acordo e firmo minha adesão e de meus dependentes especificados na Proposta nº _____, das condições gerais particulares do contrato, seus aditivos e anexos, inclusive quanto aos prazos de carência constantes das cláusulas, não tendo qualquer dúvida com relação a sua aplicação.

2 - Ter ciência de que só terei cobertura, eu e meus dependentes, com relação as doenças e lesões preexistentes e as declaradas na Declaração de Saúde, bem como, as suas complicações e consequências, após cumprir 24 (vinte e quatro) meses de cobertura parcial temporária para alguns tipos de atendimentos, conforme definido na Lei 9.656 de 03 de Junho de 1998 e Resolução RN 82 e suas posteriores alterações, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Local e Data

Assinatura do Titular ou Responsável
Caso o titular seja menor



DESTAK

Declararão de Saúde

- ✓ Responder as TODAS perguntas em todos os campos.
- ✓ **TITULAR** – Se refere ao titular do plano (funcionário da empresa).
- ✓ **DEPENDENTES** – Cônjuge ou companheiro(a) e filhos(as) solteiros até 24 anos.

Exemplo: Funcionário + Cônjuge + Filho

Responder as perguntas para: Titular + Dep. 1 + Dep. 2



ANS nº 41.649-5

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

QUESTIONÁRIO A SER PREENCHIDO PELO PROPONENTE TITULAR, DE PRÓPRIO PUNHO, POR SI E PELO (S) DEPENDENTES, CONFORME RN N° 162/07	RESPONDA "SIM" OU "NÃO" POR EXTERNO BENEFICIARIOS					
	Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4	Dep.5
01 Sofre alguma doença do aparelho digestivo (esôfago, estômago e intestino), como gastrite, úlcera, colite, doença de vesícula biliar/lemonoide ou outra?						
02 Sofre de alguma doença ortopédica, como hérnia de disco, osteoporose, artrose, dor lombar, sequelas de fratura ou outra?						
03 Sofre de alguma doença neurológica, como mal de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, derrame, sequelas de derrame, dor de cabeça crônica ou outra?						
04 Sofre de alguma doença ou má formação congênita ou hereditária?						
05 Sofre de alguma doença ou deficiência dos órgãos dos sentidos? (diminuição de audição, surdez, diminuição devisão, cegueira, desvio de septo, amidalatoma de repetição).						
06 Sofre alguma doença cardíaca ou circulatória, como angina, sopro cardíaco, pressão alta, infarto do coração ou outras?						
07 Sofre de alguma doença respiratória, como bronquite, asma, enfisema, tuberculose, apneia do sono, pneumonia de repetição entre outras?						
08 Sofre de doenças urinárias (rins, bexiga, uretra) ou dos órgãos sexuais, tais como: impotência, infertilidade, pedra nos rins, insuficiência renal, problema de próstata, fimose?						
09 Sofre de alguma doença no sangue, como leucemia, hemofilia, anemia, púrpura ou outras?						
10 Sofre de doenças endócrinas ou glandulares, como diabetes, tireoides, obesidade, hipotiroidismo e hipertiroïdismo ou outras?						
11 Sofre de alguma doença ou transtornos mentais ou psiquiátrico, como dependência química (álcool, drogas, etc.)?						
12 Sofre de alguma doença ginecológica, nos seios ou está em gestação (se estiver, de quantos meses), mioma, bexiga caída, cisto, caroço mama?						
13 Sofre de doença neoplásica, tumores malignos (câncer) ou benignos?						
14 Sofre de alguma doença de veia e de artéria como varizes, trombose?						
15 Sofre de hérnia no umbigo, virilha, de cicatriz de cirurgia?						



DESTAK

Continuação da Declaração de Saúde

✓ Continuar respondendo TODAS as perguntas.

16	Sofre de doenças infecciosas como HIV, AIDS, hepatite, tuberculose, hanseníase?						
17	Sofre de doenças profissionais ou ocupacionais (LER, DORT)?						
18	Atualmente está em tratamento de alguma doença?						
19	Indicação e tratamento clínico ou cirúrgico que por qualquer motivo não tenha realizado						
20	Peso						
21	Altura						

✓ Caso o cônjuge responda “sim” para a pergunta abaixo:

05	Sofre de alguma doença ou deficiência dos órgãos dos sentidos? (diminuição de audição, surdez, diminuição de visão, cegueira, desvio de septo, amidalatomia de repetição).
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nº DA QUESTÃO	BENEFICIÁRIO	ESCLARECIMENTOS SOBRE A DECLARAÇÃO DE SAÚDE
05	Dep. 1 - Cônjuge	Miopia 3,25 esquerdo e direito. Uso de lentes de contato trocados diariamente. Miopia desde os 14 anos

✓ Anexar um relatório médico com as informações da patologia.

PARA QUALQUER AFIRMATIVA ESCLARECER ABAIXO:

Nº DA QUESTÃO	BENEFICIÁRIO	ESCLARECIMENTOS SOBRE A DECLARAÇÃO DE SAÚDE
05	Dep. 1 - Cônjuge	Miopia 3,25 esquerdo e direito. Uso de lentes de contato trocados diariamente. Miopia desde os 14 anos



H Saúde

saúde



- ✓ Ler, preencher “Local e data”, nome, CPF e assinar no campo “Assinatura do titular ou responsável.



ANS nº 41.649-5

Declaro que NÃO OMITI NADA em relação ao meu estado de saúde e/ou de meu(s) dependente(s), tendo prestado informações completas e verídicas. Concordo que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato do plano a ser celebrado com a operadora, ficando a mesma autorizada a utilizá-la na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique ao sigilo profissional, sendo vedada sua divulgação ou o fornecimento a terceiros não envolvidos na prestação de serviços assistenciais, sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvados os casos previstos na legislação em vigor.

De conformidade com o Artigo 766 e Parágrafo Único do Código Civil Brasileiro, declaro estar ciente que, se tiver omitido circunstância(s) que possa(m) influir na aceitação desta Proposta de Adesão perderei o direito ao Plano de Assistência, e de acordo com o artigo 927 do Código Civil Brasileiro que reza: “Aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo”; terei que reembolsar o que foi gasto referente a lesão ou doença preexistente, após a decisão final favorável à operadora, referente ao processo administrativo junto à ANS.

_____, _____ / _____ / _____
Local

Data

Nome legível do Beneficiário: _____

CPF: _____ Assinatura do titular ou responsável



DESTAK

Exclusões e Planos de Continuidade

Documentos Necessários – H Saúde

saúde



Exclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- ✓ No caso de demissão é necessário o envio da **cópia da rescisão e solicitação de exclusão para demitidos e aposentados.**
- ✓ No caso de óbito enviar cópia da **certidão de óbito.**
- ✓ Nos casos em que o colaborador decide romper com o contrato, se faz necessário o envio da **solicitação de exclusão a pedido do beneficiário**, para cancelamento, o mesmo deverá ter cumprido o **prazo de permanência mínima de 12 meses e 6 meses sem utilização ou conforme contrato vigente.**



Planos de continuidade

- ✓ Caso o beneficiário opte pela continuidade no plano ele deverá enviar as documentações necessárias **até no máximo 30 dias da data de demissão.**

Documentos

- ✓ Solicitação de exclusão para demitidos e aposentados.
- ✓ RG e CPF ou CNH
- ✓ Rescisão
- ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados, registro e baixa)
- ✓ Três últimos holerites
- ✓ Comprovante de residência

- ✓ Caso o beneficiário não opte pela continuidade no plano deverá assinar o termo de opção e o RH reter as carteirinhas no momento da demissão.



DESTAK



Plano de Continuidade

✓ Solicitação de exclusão para demitidos e aposentados

Preencher TODOS os campos marcados.

 **SAÚDE**
seuplanoseuhospital

**SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO PARA DEMITIDOS/APOSENTADOS
PLANO COLETIVO EMPRESARIAL**

Empresa: _____ **Plano:** _____

Funcionário: _____ **Data de Nascimento:** ____ / ____ / ____

Motivo da Exclusão:

1 Demissão sem Justa Causa em ____ / ____ / ____
2 Exoneração sem Justa Causa em ____ / ____ / ____
3 Aposentadoria em ____ / ____ / ____

4 Demissão por Justa Causa em ____ / ____ / ____
5 Demissão a pedido do funcionário em ____ / ____ / ____

A empresa custeava parte da mensalidade do plano de saúde referente ao funcionário? Sim Não

Nos casos de Exclusão com motivo 1, 2 e 3 preencher abaixo:

O ex-funcionário optou em continuar no Plano de Saúde? Sim Não

✓ Preenchimento do campo “Dependente”

No caso de opção em continuar no plano de saúde, descrever abaixo os beneficiários que permanecerão, inclusive o ex-funcionário:

Nome: _____ Data de Nasc.: ____ / ____ / ____ Parentesco: _____

✓ Caso tenha mais dependentes que vão permanecer no plano, preencher conforme acima

Nome: _____	Data de Nasc.: ____ / ____ / ____	Parentesco: _____
Nome: _____	Data de Nasc.: ____ / ____ / ____	Parentesco: _____
Nome: _____	Data de Nasc.: ____ / ____ / ____	Parentesco: _____
Nome: _____	Data de Nasc.: ____ / ____ / ____	Parentesco: _____
Nome: _____	Data de Nasc.: ____ / ____ / ____	Parentesco: _____



DESTAK



Plano de Continuidade

✓ Continuação - Solicitação de exclusão para demitidos e aposentados

Funcionário ler, preencher dados marcados, “Local e data” e assinar no campo “Assinatura do ex funcionário”.

Empresa assinar e carimbar (Carimbo CNPJ) no campo “ Assinatura e Carimbo da Empresa”.

Eu, [REDACTED], ex-funcionário desta empresa, declaro ter sido orientado no ato de minha rescisão contratual, sobre todas as condições previstas no artigo 30 e 31 da lei 9656/98, de 3 junho de 1998, Resoluções do CONSU nºs 20 e 21, de 7 de abril de 1.999 e Resolução Normativa nº 279, de 24 de novembro de 2011 e estou ciente que na hipótese de novo vínculo empregatício deverei comunicar a operadora sob pena de má fé contratual e suas implicações jurídicas. Estou ciente que se a empresa cancelar o contrato ao qual estou vinculado, não poderei migrar para um plano pessoa física nas mesmas condições financeiras que a do plano empresarial. Estou ciente de que o pagamento será integralmente de minha responsabilidade, e que o atraso por 60 dias consecutivos ou não, acarretará o cancelamento do plano sem direito a reingresso.

Os valores serão corrigidos anualmente de acordo com a sinistralidade, atualização monetária e negociação com a empresa. Havendo cancelamento, independentemente dos anos de permanência no contrato, não poderá ser mantido o mesmo valor pago de mensalidade.

A aquisição de outro plano de saúde implica nas regras e valores comercializados á época da contratação. Para a autorização de qualquer atendimento será obrigatória a apresentação da carteira profissional juntamente com o cartão de identificação na sede da Matão Amhma Saúde. O novo cartão poderá ser retirado após o recebimento do primeiro boleto bancário.

Valor

R\$ [REDACTED]

Plano válido até

[REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

Obs. A solicitação de exclusão somente terá validade se todos os campos estiverem preenchidos, com a assinatura do ex funcionário e da empresa.

Matão, _____ de _____ de _____

Assinatura do ex funcionário

Assinatura e Carimbo da Empresa



DESTAK



Exclusão a pedido do colaborador

saúde

✓ Solicitação de exclusão a pedido do beneficiário

Preencher TODOS os campos marcados.



SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

Empresa: _____ Plano: _____

Funcionário: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Motivo da Exclusão: _____

- Exclusão de Funcionário e Dependentes
 Exclusão de dependentes:

Nome: _____ Parentesco: _____
Nome: _____ Parentesco: _____
Nome: _____ Parentesco: _____
Nome: _____ Parentesco: _____

✓ Ler informações e consequências.

Segue abaixo informações sobre as consequências da exclusão/cancelamento do Plano de Saúde:

I – Eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

- a) no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
c) no preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos;

II – **efeito imediato e caráter irrevogável** da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios;

III – as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário;

IV – as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta;

V – a exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes; e



DESTAK



✓ Continuação - Solicitação de exclusão a pedido do beneficiário

Funcionário ler, preencher dados marcados, “Local e Data” e assinar no campo “Assinatura do funcionário”

Empresa assinar e carimbar (Carimbo CNPJ) no campo “ Assinatura e Carimbo da Empresa”.

VI – a exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos dependentes, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 18, da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

Estou ciente das consequências decorrentes da exclusão/cancelamento do Plano de Saúde e confirmo minha solicitação.

Escolho o meio de contato abaixo para envio do comprovante de exclusão/cancelamento.

E-Mail: _____
 Telefone: _____
 Endereço: _____

Matão, _____ de _____ de _____

Assinatura do funcionário

Assinatura e Carimbo da Empresa



Introdução

São Francisco Saúde

saúde



Neste manual constam os procedimentos, documentações, formulários e orientações para envio e preenchimento de cada operadora, **TODAS as documentações listadas e informações circuladas em amarelo** são imprescindíveis para a realização dos processos de inclusão, exclusão e plano de continuidade.

Sem as mesmas corretas e completas, os processos poderão atrasar e até mesmo perder o prazo, podendo acarretar em custos, carências e negativa da operadora.



Operadoras

- ✓ Ameplan
- ✓ Bradesco
- ✓ Cemeru
- ✓ Clinipam
- ✓ GNDI
- ✓ H Saúde
- ✓ Mediplan
- ✓ São Francisco Saúde
- ✓ São Francisco Vidas
- ✓ São Lucas Saúde
- ✓ Saúde Beneficência
- ✓ Única Saúde
- ✓ Unimed Costa do Sol



DESTAK

Inclusões

Documentos Necessários – SF Saúde

saúde



Inclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- ✓ Ficha de adesão plano de saúde

Documentos (cópias)

Titular

- ✓ Ficha de registro
- ✓ RG e CPF ou CNH
- ✓ Comprovante de residência
- ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados e registro)
- ✓ Ficha de registro

Dependentes

Cônjugue

- ✓ Comprovação de vínculo (certidão de casamento, união estável ou comprovação de filhos em comum)
- ✓ RG e CPF ou CNH

Filhos

- ✓ Comprovação de vínculo (certidão de nascimento ou declaração de guarda)
- ✓ RG (para maiores de 18 anos) e CPF (para todos)

✓ Respeitando a convenção coletiva, os beneficiários serão isentos de carências quando solicitada a inclusão em até no máximo 90 ou 180 dias da data de admissão (dependendo do cargo) e até 30 dias da data de vínculo, no caso de novos dependentes. Para inclusões após o prazo determinado, serão aplicadas carências conforme ANS.



DESTAK

São Francisco Saúde

saúde



✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE ADESÃO PLANO DE SAÚDE



TIPO DE MOVIMENTAÇÃO: () Nova Inclusão () Inclusão de Dependente () Alteração de Plano () Não Optante

Nome do Funcionário: _____							
Data Nascimento: _____		Sexo: _____	Estado Civil: _____		Matrícula: _____	Admissão: _____	
Cargo: _____	CPF: _____	RG: _____			PIS: _____		
Tel. R. _____	Celular: _____	Nome da Mãe: _____		Nº _____	Complemento: _____	CEP: _____	
End. R. _____	Bairro: _____	Cidade: _____	UF: _____	Nº Cadastro Nacional de Saude: _____			

✓ Preenchimento do campo “Dependente”

Preencher TODOS os campos marcados para todos os dependentes que deverão ser incluídos.

DEPENDENTES: Cônjuge ou companheiro(a), Dependentes legais e Parentes consanguíneos até 3º grau.	DATA NASC.	CPF (Obrigatório para todos os dependentes)	RG (Obrigatório para maiores de 18 anos)	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	SEXO	NOME DA MÃE (campo obrigatório para todos os dependentes)
1.							
2.							
3.							
4.							

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que tenho interesse em aderir ao plano de saúde oferecido pela empresa e ciente dos descontos a serem feitos em meu contracheque referente a mensalidade, conforme contrato, em caso de afastamento farei o depósito dos valores de minha responsabilidade na conta corrente informada pela empresa, caso contrário o plano será suspenso.

Ciente de que o cancelamento do plano somente em caso de desligamento da empresa ou poderá ser solicitado após 12 meses a partir da data de inclusão.

Local e data

_____, de _____ de 20 _____.

Assinatura Funcionário



DESTAK

100

Exclusões e Planos de Continuidade

Documentos Necessários – SF Saúde

saúde



Exclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte**.

- ✓ No caso de demissão é necessário o envio da **cópia da rescisão, declaração opção pela manutenção da condição de beneficiário no plano de saúde e plano de continuidade saúde demitidos ou plano de continuidade saúde aposentados**.
- ✓ No caso de óbito enviar cópia da **certidão de óbito**.
- ✓ No caso em que o colaborador decide romper com o contrato, se faz necessário a **ficha de exclusão TOTAL plano de saúde ou ficha de exclusão de DEPENDENTES plano de saúde**, para cancelamento o mesmo deverá ter cumprido o **prazo de permanência mínima de 12 meses e 6 meses sem utilização ou conforme contrato vigente**.



Planos de continuidade

- ✓ Caso o beneficiário opte pela continuidade no plano ele deverá enviar as documentações necessárias **até no máximo 30 dias da data de demissão**.

Documentos

- ✓ Declaração opção pela manutenção da condição de beneficiário no plano de saúde.
- ✓ Plano de continuidade saúde demitidos ou aposentados
- ✓ RG e CPF ou CNH
- ✓ Rescisão
- ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados, registro e baixa)
- ✓ Três últimos holerites
- ✓ Comprovante de residência
- ✓ Caso o beneficiário não opte pela continuidade no plano deverá assinar o termo de opção e o RH reter as carteirinhas no momento da demissão.



DESTAK

102

São Francisco Saúde

saúde



Plano de Continuidade

- ✓ Declaração opção pela manutenção da condição de beneficiário no plano de saúde

Preencher TODOS os campos marcados, “Local e Data” e assinar no campo “Funcionário”

Empresa assinar e carimbar (Carimbo CNPJ) no campo “Empresa”



DECLARAÇÃO PARA COMPROVAÇÃO DO COMUNICADO DA OPÇÃO PELA MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO NO PLANO DE SÁUDE NOS TERMOS DA RN/279/11

Plano Coletivo Empresarial

Empresa:

Em cumprimento a Resolução Normativa nº 279/2011, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que regulamenta o direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuíram para os planos privados de assistência à saúde regulamentados, segue questionário contendo as informações obrigatórias:

Beneficiário:		
Dependentes:		
Motivos do Desligamento:	<input type="checkbox"/>	Demissão sem justa causa;
	<input type="checkbox"/>	Pedido de Demissão;
	<input type="checkbox"/>	Exoneração sem justa causa;
	<input type="checkbox"/>	Aposentadoria.
O(a) Beneficiário(a) contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde ou para plano antecessor, ainda que em outra operadora?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
Por quanto tempo o(a) beneficiário(a) contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde, considerando inclusive planos sucessores?		
O(a) ex-empregado(a) aposentou-se e continuou trabalhando na mesma empresa (conforme artigo 22 - RN279/2011)?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
O(a) ex-empregado(a) optou por sua manutenção como beneficiário no plano?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
_____, _____ de _____ de 20_____		

EMPRESA

FUNCIONÁRIO



DESTAK

São Francisco Saúde

saúde



✓ Plano de continuidade saúde demitidos

Ler e preencher TODOS os campos marcados.



Lei 9656/98, Art. 30 - RN 279/11

DEMITIDO

Ao empregado que contribuiu para o plano de assistência à saúde, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de **exoneração ou rescisão de contrato de trabalho sem justa causa**, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava por ocasião da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da empresa.

Considerações:

- I. O ex-empregado deverá ter contribuído integralmente ou em parte pelo benefício do plano privado de assistência a saúde;
- II. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado;
- III. O ex-empregado deverá efetuar o pagamento mensal do plano diretamente a operadora de plano privado de assistência a saúde;
- IV. Atrasos de pagamentos superiores à 60 dias (contínuos ou não) implicarão no cancelamento do benefício;
- V. O custo da mensalidade será o valor integral do plano, sendo a parte do empregado mais a parte do empregador;
- VI. Ficam mantidas as condições de reajuste, financeiro e técnico e por mudança de faixa, e de coparticipação financeira pactuados no contrato de plano privado de assistência a saúde coletivo assinado com a empresa em:

[REDAÇÃO] / [REDAÇÃO] / [REDAÇÃO]

- VII. O não recebimento do carnê ou outro instrumento de cobrança não desobriga o ex-empregado (Titular do Plano) de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento;
- VIII. O ex-empregado (Titular do Plano) deverá notificar a empresa de assistência médica, quando da sua admissão em um novo emprego;
- IX. Os demitidos terão direito à cobertura equivalente a 1/3 (um terço) do tempo de contribuição ao plano de assistência à saúde, sendo um mínimo de 06 meses e um máximo de 24 meses;
- X. O cancelamento do plano privado de assistência a saúde contratado pelo EMPREGADOR, resultará no cancelamento deste benefício.

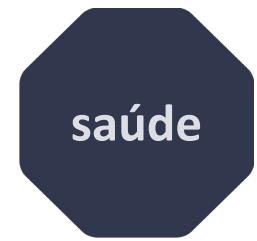


DESTAK

São Francisco Saúde



Plano de Continuidade



Ler, preencher TODOS os campos marcados, “Local e Data” e assinar no campo “Empregado”

Empresa assinar e carimbar (Carimbo CNPJ) no campo “Empregador”

Empresa:	<input type="text"/>			Registro do Empregado:	<input type="text"/>				
Empregado:	<input type="text"/>			RG:	<input type="text"/>		CPF:	<input type="text"/>	
Endereço:	<input type="text"/>			Complemento:	<input type="text"/>				
Bairro:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cidade:	<input type="text"/>		Estado:	<input type="text"/>	
CEP:	<input type="text"/>		<input type="text"/>	e-mail:	<input type="text"/>		Tel. Resid.:	<input type="text"/>	
Data Admissão:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Cobertura até:			<input type="text"/>
Data Demissão:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Plano:			<input type="text"/>
Qtde Dependentes:	<input type="text"/>					Qtde Agregados:			<input type="text"/>
Vencido Mensalidade:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Custo Total mensal:			<input type="text"/>

DECLARAÇÃO

Eu,

declaro que recebi nesta data, todas as informações acima mencionadas, referente à opção para a manutenção de meu plano de assistência médica; estou ciente que terei o benefício cancelado, caso atraso o pagamento por um período superior a 60 dias (continuos ou não), conforme estabelece a Lei nº 9656/98 ou se for admitido em outra empresa, condição esta que devo notificar imediatamente à assistência médica, mediante devolução dos cartões de identificação.

, de de 20



DESTAK

São Francisco Saúde

saúde



✓ Plano de continuidade saúde aposentados

Ler e preencher TODOS os campos marcados.



Lei 9656/98, Art. 31 - RN 279/11

APOSENTADO

Ao empregado que contribuiu para o plano de assistência à saúde, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de **aposentadoria**, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava por ocasião da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da empresa.

Considerações:

- I. O empregado deverá ter contribuído integralmente ou em parte pelo benefício do plano privado de assistência a saúde;
- II. O aposentado poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta da comunicação da aposentadoria;
- III. O ex-empregado deverá efetuar o pagamento mensal do plano diretamente a operadora de plano privado de assistência a saúde;
- IV. Atrasos de pagamentos superiores à 60 dias (contínuos ou não) implicarão no cancelamento do benefício;
- V. O custo da mensalidade será o valor integral do plano, sendo a parte do empregado mais a parte do empregador;
- VI. Ficam mantidas as condições de reajuste, financeiro e técnico e por mudança de faixa, e de coparticipação financeira pactuados no contrato de plano privado de assistência à saúde coletivo assinado com a empresa em:
- VII. O não recebimento do carnê ou outro instrumento de cobrança não desobriga o ex-empregado (Titular do Plano) de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento;
- VIII. O ex-empregado (Titular do Plano) deverá notificar a empresa de assistência médica, quando da sua admissão em um novo emprego;
- IX. Os aposentados que contribuíram pelo período superior a 10 anos terão direito à cobertura por tempo indeterminado;
- X. Os aposentados que contribuíram pelo período inferior a 10 anos terão direito a 01 (um) ano para cada ano de contribuição;
- XI. O cancelamento do plano privado de assistência a saúde contratado pelo EMPREGADOR, resultará no cancelamento deste benefício.



DESTAK

São Francisco Saúde

saúde



Plano de Continuidade

✓ Continuação - Plano de continuidade saúde aposentados

Ler, preencher TODOS os campos marcados, “Local e Data” e assinar no campo “Empregado”

Empresa assinar e carimbar (Carimbo CNPJ) no campo “Empregador”

Empresa:	Registro do Empregado:		
Empregado:	RG:	CPF:	
Endereço:	Complemento:		
Bairro:	Cidade:	Estado:	
CEP:	e-mail:	Tel. Resid.:	
Data Admissão:	/	/	Cobertura até:
Data Demissão:	/	/	Plano:
Qtde Dependentes:	Qtde Agregados:		
Vencido Mensalidade:	/	/	Custo Total mensal:

DECLARAÇÃO

Eu,

declaro que recebi nesta data, todas as informações acima mencionadas, referente à opção para a manutenção de meu plano de assistência médica; estou ciente que terei o benefício cancelado, caso atraso o pagamento por um período superior a 60 dias (contínuos ou não), conforme estabelece a Lei nº 9656/98 ou se for admitido em outra empresa, condição esta que devo notificar imediatamente à assistência médica, mediante devolução dos cartões de identificação.

, de	de	20
Empregado	Empregador	



DESTAK

São Francisco Saúde

saúde



✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE EXCLUSÃO TOTAL PLANO DE SAÚDE



Nome do Funcionário:	CPF:	RG:	Cidade:	UF:
Cargo:				
Motivo Exclusão:	Nº Carteirinha _____			

✓ Preenchimento do campo “Carta de cancelamento”

Preencher TODOS os campos marcados.

Carta de cancelamento

Eu, _____, portador do CPF: _____ e RG: _____,
contribuinte do plano de saúde: _____ carteirinha nº: _____,
da empresa: _____.
Desejo efetuar o cancelamento do plano a partir de _____ / _____ / _____.

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que cumpri com as cláusulas contratuais, respeitei o prazo mínimo de permanência de 12 meses para todos os beneficiários do meu grupo familiar, estou ciente de que a exclusão total do plano abrange titulares, todos os dependentes e agregados.

Estou entregando todas as carteirinhas ao RH da empresa.

Local e data

_____, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura Funcionário



DESTAK

São Francisco Saúde

saúde



Ficha de exclusão de DEPENDENTES plano de saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE PLANO DE SAÚDE



Nome do Funcionário:	_____								
Cargo:	_____	CPF:	_____	RG:	_____	Cidade:	_____	UF:	_____
Motivo Exclusão:	_____	Nº Carteirinha	_____						

✓ Preenchimento do campo “Carta de cancelamento”

Preencher TODOS os campos marcados e dados de todos os dependentes que deverão ser excluídos.

Carta de cancelamento

Eu, _____, portador do CPF: _____ e RG: _____,
contribuinte do plano de saúde: _____ carteirinha nº: _____,
da empresa: _____.
Desejo efetuar o cancelamento apenas dos dependentes citados abaixo:
Nome: _____ carteirinha nº: _____
a partir de : ____ / ____ / ____

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que cumpri com as cláusulas contratuais, respeitei o prazo mínimo de permanência de 12 meses para todos os beneficiários do meu grupo familiar, estou ciente de que a exclusão do plano abrange apenas os dependentes e agregados citados acima.

Estou entregando as carteirinhas dos dependentes e agregados citados ao RH da empresa.

Local e data

_____, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura Funcionário



DESTAK

Introdução

São Francisco Vidas

saúde



Neste manual constam os procedimentos, documentações, formulários e orientações para envio e preenchimento de cada operadora, **TODAS as documentações listadas e informações circuladas em amarelo** são imprescindíveis para a realização dos processos de inclusão, exclusão e plano de continuidade.

Sem as mesmas corretas e completas, os processos poderão atrasar e até mesmo perder o prazo, podendo acarretar em custos, carências e negativa da operadora.



Operadoras

- ✓ Ameplan
- ✓ Bradesco
- ✓ Cemeru
- ✓ Clinipam
- ✓ GNDI
- ✓ H Saúde
- ✓ Mediplan
- ✓ São Francisco Saúde
- ✓ **São Francisco Vidas**
- ✓ São Lucas Saúde
- ✓ Saúde Beneficência
- ✓ Única Saúde
- ✓ Unimed Costa do Sol



DESTAK

Inclusões

Documentos Necessários – SF Vidas

saúde



Inclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- ✓ Ficha de adesão plano de saúde

Documentos (cópias)

Titular

- ✓ Ficha de registro
- ✓ RG e CPF ou CNH
- ✓ Comprovante de residência
- ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados e registro)
- ✓ Ficha de registro

Dependentes

Cônjuge

- ✓ Comprovação de vínculo (certidão de casamento, união estável ou comprovação de filhos em comum)
- ✓ RG e CPF ou CNH

Filhos

- ✓ Comprovação de vínculo (certidão de nascimento ou declaração de guarda)
- ✓ RG (para maiores de 18 anos) e CPF (para todos)

✓ Respeitando a convenção coletiva, os beneficiários serão isentos de carências quando solicitada a inclusão em até no máximo 90 ou 180 dias da data de admissão (dependendo do cargo) e até 30 dias da data de vínculo, no caso de novos dependentes. Para inclusões após o prazo determinado, serão aplicadas carências conforme ANS.



DESTAK

São Francisco Vidas

saúde



Ficha de adesão plano de saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE ADESÃO PLANO DE SAÚDE



TIPO DE MOVIMENTAÇÃO: () Nova Inclusão () Inclusão de Dependente () Alteração de Plano () Não Optante

Nome do Funcionário: _____						
Data Nascimento: _____		Sexo: _____	Estado Civil: _____	Matrícula: _____	Admissão: _____	
Cargo: _____	CPF: _____	RG: _____	PIS: _____			
Tel. R. _____	Celular: _____	Nome da Mãe: _____				
End. R. _____		Nº _____	Complemento: _____	CEP: _____		
Bairro: _____	Cidade: _____	UF: _____	Nº Cadastro Nacional de Saude: _____			

✓ Preenchimento do campo “Dependente”

Preencher TODOS os campos marcados para todos os dependentes que deverão ser incluídos.

DEPENDENTES: Cônjuge ou companheiro(a), Dependentes legais e Parentes consanguíneos até 3º grau.	DATA NASC.	CPF (Obrigatório para todos os dependentes)	RG (Obrigatório para maiores de 18 anos)	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	SEXO	NOME DA MÃE (campo obrigatório para todos os dependentes)
1.							
2.							
3.							
4.							

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que tenho interesse em aderir ao plano de saúde oferecido pela empresa e ciente dos descontos a serem feitos em meu contracheque referente a mensalidade, conforme contrato, em caso de afastamento farei o depósito dos valores de minha responsabilidade na conta corrente informada pela empresa, caso contrário o plano será suspenso.

Ciente de que o cancelamento do plano somente em caso de desligamento da empresa ou poderá ser solicitado após 12 meses a partir da data de inclusão.

Local e data

_____, de _____ de 20 _____.



Assinatura Funcionário





DESTAK

Exclusões e Planos de Continuidade

Documentos Necessários – SF Vidas

saúde



Exclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- ✓ No caso de demissão é necessário o envio da **cópia da rescisão, solicitação de exclusão de beneficiário RN 279 ou solicitação de exclusão de beneficiário RN 412.**
- ✓ No caso de óbito enviar cópia da **certidão de óbito e solicitação de exclusão de beneficiário RN 412.**
- ✓ No caso em que o colaborador decide romper com o contrato, se faz necessário a **solicitação de exclusão de beneficiário RN 412, ficha de exclusão TOTAL plano de saúde ou ficha de exclusão de DEPENDENTES plano de saúde,** para cancelamento o mesmo deverá ter cumprido o **prazo de permanência mínima de 12 meses e 6 meses sem utilização ou conforme contrato vigente.**



Planos de continuidade

- ✓ Caso o beneficiário opte pela continuidade no plano ele deverá enviar as documentações necessárias **até no máximo 30 dias da data de demissão.**

Documentos

- ✓ Solicitação de exclusão de beneficiário RN 279
- ✓ RG e CPF ou CNH
- ✓ Rescisão
- ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados, registro e baixa)
- ✓ Três últimos holerites
- ✓ Comprovante de residência

- ✓ Caso o beneficiário não opte pela continuidade no plano deverá assinar o termo de opção e o RH reter as carteirinhas no momento da demissão.



DESTAK

São Francisco Vidas

saúde



Plano de Continuidade

✓ Solicitação de exclusão de beneficiário RN 279

Ler e preencher TODOS os campos marcados.



Local _____, Data: _____ e Hora: _____

SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO DE PLANO COLETIVO EMPRESARIAL OU COLETIVO POR ADESÃO

<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Dependente	Tipo de Plano: _____
Empresa: _____		CNPJ: _____
Titular: _____		RG: _____
CPF: _____		Data de Nascimento: _____
Endereço: _____		
Bairro: _____	CEP: _____	Cidade: _____
E-mail: _____		
Valor da Mensalidade: _____		

✓ Preenchimento do campo “Dependente”

Nome do(s) Dependente(s)	CPF	Data de Nascimento	Parentesco	Valor da Mensalidade



DESTAK

São Francisco Vidas

saúde



Plano de Continuidade

✓ Continuação - Solicitação de exclusão de beneficiário RN 279

Funcionário ler, preencher dados marcados e assinar no campo “Assinatura do Beneficiário Titular”.

Empresa assinar e carimbar (Carimbo CNPJ) no campo “ Assinatura do Responsável pela Empresa”.

Data de Admissão:

Data de Inclusão no Plano de Saúde:

Data de Término do vínculo com a empresa:

Motivos: Demissão () Sem justa causa () Por justa Causa () Aposentadoria () Pedido de Demissão

() Outros motivos: _____

O beneficiário titular contribuía para o pagamento do Plano de Saúde? () Sim () Não

Se sim, qual o tempo de contribuição? _____

O beneficiário titular é optante pela permanência no Plano de Saúde de acordo com os artigos 30 e 31 da Lei Nº 9656/98? () Sim () Não

Informamos que a Portabilidade de Carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da assinatura deste documento, conforme disposto no Artigo 8 da Resolução Normativa Nº 438.

A Declaração de Prazo de Permanência encontra-se disponível na Operadora e pode ser solicitada a qualquer momento em nossos Canais de Atendimento ao Cliente.

Assinatura do Beneficiário Titular

Assinatura do Responsável pela Empresa



DESTAK

São Francisco Vidas

saúde



Exclusão sem direito a continuidade ou a pedido do colaborador

✓ Solicitação de exclusão de beneficiário RN 412

Ler e preencher TODOS os campos marcados.



Local _____, Data: _____ e Hora: _____

SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO DE PLANO COLETIVO EMPRESARIAL OU COLETIVO POR ADESÃO

Número de Protocolo: _____

() Titular () Dependente Tipo de Plano: SFVIDA EMPRESARIAL TOTAL SEMI
PRIVATIVO

Empresa: CNPJ:

Titular: RG:

CPF: Data de Nascimento:

Endereço:

Bairro: CEP: Cidade:

E-mail:

Motivo da Exclusão:

Valor da Mensalidade:

Nome do(s) Dependente(s)	CPF	Data de Nascimento	Parentesco	Valor da Mensalidade

Ref. Comprovante de Recebimento – Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Plano Coletivo Empresarial ou por Adesão

Prezado(a) Senhor(a),

Acusamos nesta data e hora, o recebimento de seu pedido de exclusão de beneficiários em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão, razão pela qual, em atendimento ao artigo 15 da RN Nº 412/16 da ANS, prestamos as seguintes informações, para ciência de V. Sa:

Efeitos legais do cancelamento do contrato individual familiar ou de exclusão de beneficiários em plano coletivo empresarial ou por adesão

1. À partir deste exato momento e em caráter irrevogável, V. As não terá mais direito a qualquer cobertura assistencial, ainda que originada de acidente pessoal, sendo obrigatória a imediata devolução do cartão de identificação de beneficiário, respondendo V. Sa, pelo uso indevido, nos termos da lei;



DESTAK

São Francisco Vidas

saúde



Exclusão sem direito a continuidade ou a pedido do colaborador

✓ Continuação - Solicitação de exclusão de beneficiário RN 412

Ler e preencher nome, CPF, e-mail e assinar no campo “Assinatura”.



2. O ingresso em novo plano poderá, eventualmente, sujeita-lo a :
 - a) Imposição e cumprimento de novos prazos de carência (quando aplicáveis);
 - b) Perda imediata do direito de remissão (quando houver);
 - c) Perda do direito ao exercício da portabilidade de carências (quando aplicável);
 - d) Necessidade de preenchimento de nova Declaração Pessoal de Saúde e eventual imposição de Cobertura Parcial Temporária (CPT);
 - e) Perda dos direitos à manutenção da cobertura assistencial, no caso de funcionário de plano coletivo empresarial demitido ou aposentado, de que trata os artigos 30 e 31 da Lei 9659/98 e RN 279/11 da ANS.
3. A exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições legais e contratuais, quanto à exclusão ou não dos dependentes, de acordo com as classificações e características.
4. Todas as despesas originadas de utilização da cobertura assistencial, por qualquer meio, após essa data e hora, serão de sua integral e única responsabilidade, inclusive no caso de urgência/emergência.
5. O cancelamento não quita débitos atuais ou anteriores de mensalidades e/ou coparticipação, inclusive nos casos de urgência ou emergência, permanecendo os pagamentos dos mesmos sob sua responsabilidade, reconhecendo, tais débitos, como dívida líquida, certa e exigível.
6. O cancelamento de Contrato Individual ou Familiar não exime V. Sa do pagamento de multa rescisória, se e quando aplicável, nos termos de contrato.

Li e concordo com as informações acima.

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

Desejo receber meu Comunicado de Efetivo Cancelamento através do e-mail:



DESTAK

São Francisco Vidas

saúde



Ficha de exclusão TOTAL plano de saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE EXCLUSÃO TOTAL PLANO DE SAÚDE



Nome do Funcionário:	_____								
Cargo:	_____	CPF:	_____	RG:	_____	Cidade:	_____	UF:	_____
Motivo Exclusão:	N° Carteirinha _____								

✓ Preenchimento do campo “Carta de cancelamento”

Preencher TODOS os campos marcados.

Carta de cancelamento

Eu, _____, portador do CPF: _____ e RG: _____,
contribuinte do plano de saúde: _____ carteirinha nº: _____,
da empresa: _____.
Desejo efetuar o cancelamento do plano a partir de _____ / _____ / _____.

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que cumpri com as cláusulas contratuais, respeitei o prazo mínimo de permanência de 12 meses para todos os beneficiários do meu grupo familiar, estou ciente de que a exclusão total do plano abrange titulares, todos os dependentes e agregados.

Estou entregando todas as carteirinhas ao RH da empresa.

Local e data

_____, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura Funcionário



DESTAK

São Francisco Vidas

saúde



Ficha de exclusão de DEPENDENTES plano de saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE PLANO DE SAÚDE



Nome do Funcionário:	_____									
Cargo:	_____	CPF:	_____	RG:	_____	Cidade:	_____	UF:	_____	
Motivo Exclusão:	_____								Nº Carteirinha	_____

✓ Preenchimento do campo “Carta de cancelamento”

Preencher TODOS os campos marcados e dados de todos os dependentes que deverão ser excluídos.

Carta de cancelamento

Eu, _____, portador do CPF: _____ e RG: _____,
contribuinte do plano de saúde: _____ carteirinha nº: _____,
da empresa: _____.
Desejo efetuar o cancelamento apenas dos dependentes citados abaixo:
Nome: _____ carteirinha nº: _____
a partir de : ____ / ____ / ____

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que cumpri com as cláusulas contratuais, respeitei o prazo mínimo de permanência de 12 meses para todos os beneficiários do meu grupo familiar, estou ciente de que a exclusão do plano abrange apenas os dependentes e agregados citados acima.

Estou entregando as carteirinhas dos dependentes e agregados citados ao RH da empresa.

Local e data

_____, de _____ de 20 _____.

Assinatura Funcionário



DESTAK

Introdução

São Lucas Saúde

saúde



Neste manual constam os procedimentos, documentações, formulários e orientações para envio e preenchimento de cada operadora, **TODAS as documentações listadas e informações circuladas em amarelo** são imprescindíveis para a realização dos processos de inclusão, exclusão e plano de continuidade.

Sem as mesmas corretas e completas, os processos poderão atrasar e até mesmo perder o prazo, podendo acarretar em custos, carências e negativa da operadora.



Operadoras

- ✓ Ameplan
- ✓ Bradesco
- ✓ Cemeru
- ✓ Clinipam
- ✓ GNDI
- ✓ H Saúde
- ✓ Mediplan
- ✓ São Francisco Saúde
- ✓ São Francisco Vidas
- ✓ **São Lucas Saúde**
- ✓ Saúde Beneficência
- ✓ Única Saúde
- ✓ Unimed Costa do Sol



DESTAK

Inclusões

Documentos Necessários – S. Lucas Saúde



Inclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- ✓ Ficha de adesão plano de saúde
- ✓ Declaração de saúde
- ✓ Carta de orientação ao beneficiário

Documentos (cópias)

Titular

- ✓ Ficha de registro
- ✓ RG e CPF ou CNH
- ✓ Comprovante de residência
- ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados e registro)
- ✓ Ficha de registro

Dependentes

Cônjuge

- ✓ Comprovação de vínculo (certidão de casamento, união estável ou comprovação de filhos em comum)
- ✓ Declaração de união estável (nos casos de união estável e filhos em comum)
- ✓ RG e CPF ou CNH

Filhos

- ✓ Comprovação de vínculo (certidão de nascimento ou declaração de guarda)
- ✓ RG (para maiores de 18 anos) e CPF (para todos)

✓ Respeitando a convenção coletiva, os beneficiários serão isentos de carências quando solicitada a inclusão em até no máximo 90 ou 180 dias da data de admissão (dependendo do cargo) e até 30 dias da data de vínculo, no caso de novos dependentes. Para inclusões após o prazo determinado, serão aplicadas carências conforme ANS.



São Lucas Saúde

saúde



Ficha de adesão plano de saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE ADESÃO PLANO DE SAÚDE



TIPO DE MOVIMENTAÇÃO: () Nova Inclusão () Inclusão de Dependente () Alteração de Plano () Não Optante

Nome do Funcionário: _____							
Data Nascimento: _____		Sexo: _____	Estado Civil: _____	Matrícula: _____	Admissão: _____		
Cargo: _____	CPF: _____	RG: _____	PIS: _____				
Tel. R. _____	Celular: _____	Nome da Mãe: _____					
End. R. _____			Nº _____	Complemento: _____		CEP: _____	
Bairro: _____	Cidade: _____	UF: _____	Nº Cadastro Nacional de Saude: _____				

✓ Preenchimento do campo “Dependente”

Preencher TODOS os campos marcados para todos os dependentes que deverão ser incluídos.

DEPENDENTES: Cônjugue ou companheiro(a), Dependentes legais e Parentes consanguíneos até 3º grau.	DATA NASC.	CPF (Obrigatório para todos os dependentes)	RG (Obrigatório para maiores de 18 anos)	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	SEXO	NOME DA MÃE (campo obrigatório para todos os dependentes)
1.							
2.							
3.							
4.							

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que tenho interesse em aderir ao plano de saúde oferecido pela empresa e ciente dos descontos a serem feitos em meu contracheque referente a mensalidade, conforme contrato, em caso de afastamento farei o depósito dos valores de minha responsabilidade na conta corrente informada pela empresa, caso contrário o plano será suspenso.

Ciente de que o cancelamento do plano somente em caso de desligamento da empresa ou poderá ser solicitado após 12 meses a partir da data de inclusão.

Local e data

_____, de _____ de 20 _____.

Assinatura Funcionário



DESTAK

123

São Lucas Saúde

Declarar São Lucas Saúde

saúde

- ✓ Responder as TODAS perguntas em todos os campos.
- ✓ **TITULAR** – Se refere ao titular do plano (funcionário da empresa).
- ✓ **DEPENDENTES** – Cônjuge ou companheiro(a) e filhos(as) solteiros até 24 anos.

Exemplo: Funcionário + Cônjuge + Filho
Responder as perguntas para: Titular + 1 + 2



Lei nº 9.656,
de 3/6/1998

Nº da Proposta de Adesão

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. A Declaração de Saúde consiste no preenchimento do formulário abaixo para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que você saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual.
2. Você tem o direito de preencher esta Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede credenciada ou referenciados da São Lucas Saúde, sem qualquer ônus. Caso você opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da São Lucas Saúde, poderá fazê-lo, desde que você se responsabilize pelos honorários médicos deste profissional.
3. Conforme disposto na RN 162 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, define-se como: a) Cobertura Parcial Temporária (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal; b) Agravo: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano de 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.
4. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, conhecida por você e não declarada neste formulário, pode acarretar consequências previstas na legislação, de rescisão contratual e de responsabilidades por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso estes fatos venham a ser comprovados junto à ANS.
5. As doenças ou lesões declaradas nesta Declaração de Saúde é oferecida Cobertura Parcial Temporária – CPT pela São Lucas Saúde, de acordo com o prazo e as condições de suspensão de cobertura, conforme descrito no item 3.

Nome do Titular (obrigatoriamente nome completo)

DEVE SER PREENCHIDO PELO TITULAR E REPRESENTANTE LEGAL

Item	Perguntas	Assinale com "S"(Sim) ou "N"(Não)			
		Titular	Dependentes		
			1	2	3
1.	Alguma doença dos olhos (uso de óculos ou lentes, miopia, astigmatismo, estrabismo, catarata, doença da retina, ceratocone e outras)?				
2.	Alguma doença da audição, do ouvido, do nariz ou da garganta (surdez, aparelho auditivo, rinite, sinusite, amigdalite, desvio de septo ou outro)?				
3.	Alguma doença do cérebro, do sistema nervoso ou doença psiquiátrica (convulsão, derrame, AVC, aneurisma, paralisia cerebral, paralisia de algum membro, lesão de medula, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, depressão, esquizofrenia e outras)?				
4.	Alguma doença do coração (pressão alta, angina, infarto, arritmia, aneurisma, coração dilatado, marca-passo, sopro, stent, ponte de safena, Chagas, febre reumática e outras)? Nasceu com doença do coração ou cirurgia cardíaca? Tem varizes ou algum problema de circulação nas pernas?				
5.	Alguma doença respiratória ou do pulmão (asma, bronquite, enfisema, tuberculose, pneumonia e outras)?				
6.	Alguma doença dos rins ou da bexiga (cálculo renal, insuficiência renal, diálise, infecção de urina de repetição, incontinência ou perda de urina, cisto renal, doença policística, sangramento na urina, nódulo ou tumor de rim e outras)?				
7.	Alguma doença da mama, genital ou sistema reprodutor feminino (cisto ou tumor de ovário, ovário policístico, cisto de mama, tumor ou nódulo de mama, câncer de mama, mioma, sangramento vaginal, câncer de colo de útero, bexiga caída, infertilidade e outras)?				
8.	Alguma doença do genital ou sistema reprodutor masculino (ginecomastia, doença de próstata, câncer de próstata, hiperplasia ou inchão da próstata, estreitamento da uretra, fimose, hidrocele, varicocele, impotência sexual, doença dos testículos, infertilidade e outras)?				
9.	Alguma doença do sangue, reumatismo, doença imunológica, do colágeno ou autoimune (anemia, anemia falciforme, leucemias, linfoma, púrpura, HIV ou AIDS, Chagas, lúpus, esclerose múltipla, artrite reumatoide, psoríase, doença da coagulação, febre reumática e outras)?				
10.	Alguma doença do sistema digestivo (hérnia umbilical, hérnia inguinal, outras hérnias, gastrite, pedra na vesícula, refluxo, doença do intestino, doença de Crohn, colites, hepatite B, hepatite C, outras hepatites, cirrose, outras doenças do fígado ou pâncreas)?				
11.	Tem obesidade ou sobrepeso? Tem diabetes, doença da tireoide, outra doença endócrina ou do metabolismo? Alguma doença do crescimento?				
12.	Alguma doença dos ossos ou da coluna (artrose, hérnia de disco, desvio de coluna, osteoporose, lesão de ligamento ou tendão, doença do fêmur ou joelho, bursites, tendinites, artrites, fraturas, placas, pinos, próteses e outras)? Alguma doença dos ossos da face, mandíbula ou cirurgia de bucomaxilofacial?				



DESTAK

São Lucas Saúde



saúde

✓ Continuar respondendo TODAS as perguntas.

13.	Algum tumor benigno, maligno ou câncer (leucemia, linfoma, câncer de mama, pulmão, fígado, tumor ou pólipos de intestino, tumor ou câncer da próstata, melanoma e outros tumores de pele, tumor de boca ou outros tipos de câncer)?									
14.	Alguma outra doença com necessidade de internação e/ou cirurgia que não foi mencionada acima? Alguma doença genética, de nascença ou congênita?									
15.	Informar peso:	Titular	Dep.(1)	Dep.(2)	Dep.(3)	Dep.(4)				
16.	Informar altura:	Titular	Dep.(1)	Dep.(2)	Dep.(3)	Dep.(4)				

✓ Item se refere ao número da pergunta no formulário acima.

Caso o cônjuge responda “sim” para a pergunta abaixo:

1.	Alguma doença dos olhos (uso de óculos ou lentes, miopia, astigmatismo, estrabismo, catarata, doença da retina, ceratocone e outros)?				
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

Caso você e/ou seu(s) dependente(s) apresente(m) alguma(s) das situações anteriores, por favor, especifique(m) datas, tratamentos, realização de cirurgias, i mportantes situação atual ou demais dados que considerar(em) para avaliação médica e o número do dependente. Se dispuser de relatório médico ou laudo de exames e cirurgias a respeito da doença referida, junte a esta Declaração de Saúde.					
Item (pergunta)	Tit./Nº do dependente		Data/evento – Descrição/Eclarecimento/CID		Usa da operadora

✓ Anexar um relatório médico com as informações da patologia.
Ler, preencher “Local e Data” e assinar.

Caso você e/ou seu(s) dependente(s) apresente(m) alguma(s) das situações anteriores, por favor, especifique(m) datas, tratamentos, realização de cirurgias, i mportantes situação atual ou demais dados que considerar(em) para avaliação médica e o número do dependente. Se dispuser de relatório médico ou laudo de exames e cirurgias a respeito da doença referida, junte a esta Declaração de Saúde.					
Item (pergunta)	Tit./Nº do dependente		Data/evento – Descrição/Eclarecimento/CID		Usa da operadora

17	1 - Cônjuge	Miopia 3,25 esquerdo e direito. Uso de lentes de contato trocados diariamente. Miopia desde os 14 anos			

Eu, proponente titular, declaro que:

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

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

Local e Data	Assinatura do Titular ou Representante Legal	Médico/Carimbo CRM
--------------	----------------------------------------------	--------------------



DESTAK

São Lucas Saúde



saúde

✓ Carta de orientação ao beneficiário

Ler e rubricar.



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 sofrer 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 BENEFICIARIO 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, 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.

Rubrica



DESTAK

São Lucas Saúde



saúde

✓ Continuação - Carta de orientação ao beneficiário

Ler, preencher “Local e Data”, nome, CPF e assinar no campo “Beneficiário”

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Beneficiário

_____, ____ / ____ / ____
Local _____ Data _____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____ / ____ / ____
Local _____ Data _____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

ANS nº 352017



São Lucas Saúde



Declaração de União Estável

saúde

✓ Continuação - Carta de orientação ao beneficiário

Preencher TODOS os campos marcados, “Local e Data”, assinar nos campos “1º Declarante” e “2º Declarante” e pedir para duas pessoas preencherem e assinarem no campo “Testemunhas”.

 Notre Dame Intermédica 

DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL

Nós, _____, nome completo _____, nacionalidade _____, estado civil _____,
_____, portador da Carteira de Identidade sob o nº _____,
profissão _____
expedida pelo _____, inscrito no CPF sob o nº _____,
e _____, nome completo _____, nacionalidade _____, estado civil _____,
_____, portador da Carteira de Identidade sob o nº _____,
profissão _____
expedida pelo _____, inscrito no CPF sob o nº _____, residentes à
_____, declaramos, sob penas da lei, que
convivemos em União Estável desde _____/_____/_____, nos termos dos artigos 1723 e
seguientes do Código Civil.

_____, de _____ de _____.
1º Declarante
2º Declarante

Testemunhas

1. _____
Nome: _____ C. I. nº _____ expedida _____
CPF: _____

2. _____
Nome: _____ C. I. nº _____ expedida _____
CPF: _____



DESTAK

Exclusões e Planos de Continuidade

Documentos Necessários – S. Lucas

saúde



Exclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- ✓ No caso de demissão é necessário o envio da **cópia da rescisão e termo de opção de continuidade.**
- ✓ No caso de óbito enviar cópia da **certidão de óbito.**
- ✓ No caso em que o colaborador decide romper com o contrato, se faz necessário a **ficha de exclusão TOTAL plano de saúde ou ficha de exclusão de DEPENDENTES plano de saúde**, para cancelamento o mesmo deverá ter cumprido o **prazo de permanência mínima de 12 meses e 6 meses sem utilização ou conforme contrato vigente.**



Planos de continuidade

- ✓ Caso o beneficiário opte pela continuidade no plano ele deverá enviar as documentações necessárias **até no máximo 30 dias da data de demissão.**

Documentos

- ✓ Termo de opção de continuidade
- ✓ RG e CPF ou CNH
- ✓ Rescisão
- ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados, registro e baixa)
- ✓ Três últimos holerites
- ✓ Comprovante de residência

- ✓ Caso o beneficiário não opte pela continuidade no plano deverá assinar o termo de opção e o RH reter as carteirinhas no momento da demissão.



DESTAK

São Lucas Saúde

saúde



Plano de Continuidade

✓ Termo de opção de continuidade

Preencher TODOS os campos marcados.

		Termo de Opção de Continuidade (Conforme Arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98 e RN 279)	<input type="checkbox"/> DEMITIDO ou EXONERADO	<input checked="" type="checkbox"/> APOSENTADO
1- DADOS CADASTRAIS TITULAR				
Cód. Empresa atual:	Matrícula Vigente		Plano Vigente:	
Nome Completo:				
Data de Nascimento	Sexo	E C	CPF (Obrigatório)	PIS/PASEP
Cartão Nacional de Saúde				
Nome Completo da Mãe:				
CEP	Rua / Av.			Nº
Bairro	Cidade		UF	Nº Telefone Fixo ou Celular
Email - meio oficial de recepção de boletos e comunicados (Obrigatório)				

✓ Preenchimento do campo “Dependente”

2- DADOS DEPENDENTES (Desde que inscritos na vigência do contrato de trabalho*)				
Nome Completo:				
1-	Data de Nascimento	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo
	E C	G P	Cartão Nacional de Saúde	
Nome da Mãe Completo				

✓ Caso tenha mais dependentes que vão permanecer no plano, preencher conforme acima

Nome Completo:				
2-	Data de Nascimento	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo
	E C	G P	Cartão Nacional de Saúde	
Nome Completo:				
3-	Data de Nascimento	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo
	E C	G P	Cartão Nacional de Saúde	
Nome Completo:				
4-	Data de Nascimento	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo
	E C	G P	Cartão Nacional de Saúde	
Nome da Mãe Completo				
Legenda: E C: Estado Civil: 1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo 4- Separado 5- Divorciado 6- Outros * Somente serão permitidos novos dependentes em caso de novos cônjuges ou filhos.				



DESTAK

São Lucas Saúde



saúde

✓ Continuação - Termo de opção de continuidade

Preencher TODOS os campos marcados.

3 - VALOR DA TAXA MENSAL EM R\$ (A tabela por faixa etária está disponível no portal da operadora na área restrita do beneficiário)				
Cobrança <input type="checkbox"/> Preço Único - Taxa Média <input checked="" type="checkbox"/> Preço Faixa Etária	+	Titular	Dependente(s)	= Valor - Primeira Mensalidade

4 - DADOS SOBRE A CONTRIBUIÇÃO E PÉRIODO DE MANUTEÇÃO NO PLANO DE SAÚDE				
Data do Início da Contribuição	Data da comunicação do Aviso Prévio ou Aposentadoria	Vigência do Período de Manutenção		
		Vigência da Cobertura	Término da Cobertura	
Operadoras	Data de Início da Contribuição	Data de Término da Contribuição	Total de Meses	
Atual				
Anterior(1)				
Anterior(2)				

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura do titular ou responsável legal em caso de beneficiário menor de idade”.

5- DECLARAÇÃO

Declaro para os fins do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, regulamentados pela RN nº279 e suas atualizações, ter ciência dos direitos e deveres assegurados pela referida Lei e Resoluções e, declaro que OPTEI pela continuidade nas mesmas condições de cobertura assistencial existentes durante a vigência do contrato de trabalho, juntamente com os dependentes designados no Item 2, assumindo neste ato a responsabilidade pelo pagamento integral das mensalidades, observadas as informações constantes no verso deste Termo.

Tem ciência de que o boleto para pagamento, assim como toda a comunicação de aviso de vencimento de boleto, inadimplência, descredenciamento de rede e aviso de cancelamento, **NÃO SERÃO ENVIADOS ATRAVÉS DOS CORREIOS, E SIM ENVIADOS AO E-MAIL INFORMADO NO ITEM 01 DESTE TERMO DE OPÇÃO DE CONTINUIDADE**, em até 10 dias antes da data de vencimento.

Local e data	Assinatura do titular ou responsável legal em caso de beneficiário menor de idade
--------------	-----------------------------------------------------------------------------------



DESTAK

✓ Continuação - Termo de opção de continuidade

Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura do titular ou responsável legal em caso de beneficiário menor de idade”.

		Termo de Opção de Continuidade (Conforme Arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98 e RN 279)
6- INFORMAÇÕES GERAIS: OPÇÃO DE CONTINUIDADE NO PLANO DE SAÚDE		
<p>• 6.1. Prazos de Direito</p> <p>6.1.1. O prazo para a opção de continuidade na condição de beneficiário, pelo titular e seus dependentes inscritos na vigência do contrato de trabalho, é de até 30 (trinta) dias, após o comunicado da empresa, que deverá ser formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indemnizado, ou da comunicação da aposentadoria</p> <p>6.1.2. Demitidos ou exonerados sem justa causa</p> <p>O período de manutenção será igual a 1/3 (um terço) do tempo durante o qual contribuiu para o pagamento da contraprestação pecuniária do plano privado de assistência à saúde, sendo-lhe garantido um período mínimo de 06 (seis) meses e, no máximo, um período de 24 (vinte e quatro) meses.</p> <p>6.1.3. Aposentados:</p> <p>- Com menos de 10 (dez) anos de contribuição: o direito de permanência no plano será proporcional ao tempo de contribuição, árazão de 1(um) ano para cada ano de contribuição.</p> <p>- Com 10 (dez) anos de contribuição: o direito de permanência no plano será garantido por prazo indeterminado, observadas as condições previstas no item 6.5 abaixo.</p> <p>• 6.2. Da Vigência do Período de Manutenção:</p> <p>A vigência do período de manutenção será contada a partir da efetivação do cadastro.</p> <p>• 6.3. Da Mensalidade:</p> <p>6.3.1. O beneficiário assumirá o pagamento integral do plano de assistência à saúde que corresponde ao valor pago pelo empregador somado a contribuição paga pelo empregado (titular e dependentes), podendo ser cobrado por preço único (taxa média) ou por faixa etária, observada a informação do Item 3 deste Termo que reflete as condições contratuais pactuadas.</p> <p>6.3.2. As mensalidades deverão ser pagas até a data de vencimento, por meio de boleto enviado ao endereço eletrônico declarado neste termo.</p> <p>6.3.3. O 1º boleto será encaminhado após a realização do cadastro, prorrogado para 10 dias, o que não significa alteração da data de vencimento dos boletos subsequentes. O vencimento da 2ª mensalidade ocorrerá após 30 dias da data de vigência do contrato.</p> <p>6.3.4. As mensalidades serão reajustadas na mesma periodicidade e percentuais aplicados a Empresa Contratante.</p> <p>• 6.4. Da Carteira de Identificação:</p> <p>A nova carteira de identificação com o período de manutenção da condição de beneficiário será enviada ao endereço informado. A utilização do Plano de Saúde também poderá ser realizada com a apresentação da Carteirinha Virtual, disponível através do São Lucas App.</p> <p>• 6.5 Da Perda do Direito dos Beneficiários titulares e seus dependentes aos direitos dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98:</p> <p>6.5.1. A perda do direito a manutenção da condição de beneficiário, se dará nas seguintes hipóteses:</p> <p>a) pelo término dos prazos estabelecidos na Lei e reproduzidos no item 6.1 deste Termo;</p> <p>b) quando o beneficiário titular for admitido em novo emprego;</p> <p>c) na falta do pagamento da mensalidade do plano em prazo superior a 30 (trinta) dias de seu vencimento;</p> <p>d) por fraude praticada pelo Beneficiário Titular ou dependentes ou devido a inobservância das obrigações estabelecidas na lei ou no Contrato firmado entre Contratante e a São Lucas Saúde; ou</p> <p>e) quando do cancelamento do contrato firmado entre a São Lucas Saúde e a Contratante.</p> <p>• 6.6. As disposições deste Termo são informações gerais ao ex-empregado, sendo preservados todos os direitos e deveres assegurados pela Lei 9656/98 e sua regulamentação, de forma que qualquer alteração nas condições contratuais vigentes com a Contratante ou na legislação vigente, serão aplicadas no que couber a este Termo, mesmo que retroativamente, se assim a lei dispor.</p> <p>• 6.7. Da documentação obrigatória</p> <p>Na opção pela manutenção da condição de beneficiário deverá ser apresentada a documentação informada no Comunicado para Opção de Continuidade, apresentado pela empresa contratante.</p>		
Local e data	Assinatura do titular ou responsável legal em caso de beneficiário menor de idade	



São Lucas Saúde

saúde



Ficha de exclusão TOTAL plano de saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE EXCLUSÃO TOTAL PLANO DE SAÚDE



Nome do Funcionário: _____

Cargo: _____ CPF: _____ RG: _____ Cidade: _____ UF: _____

Motivo Exclusão: _____ N° Carteirinha: _____

✓ Preenchimento do campo “Carta de cancelamento”

Preencher TODOS os campos marcados.

Carta de cancelamento

Eu, _____, portador do CPF: _____ e RG: _____,
contribuinte do plano de saúde: _____ carteirinha nº: _____,
da empresa: _____.
Desejo efetuar o cancelamento do plano a partir de ____ / ____ / ____.

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que cumpri com as cláusulas contratuais, respeitei o prazo mínimo de permanência de 12 meses para todos os beneficiários do meu grupo familiar, estou ciente de que a exclusão total do plano abrange titulares, todos os dependentes e agregados.

Estou entregando todas as carteirinhas ao RH da empresa.

Local e data

_____, ____ de ____ de 20 ____.

Assinatura Funcionário



DESTAK

São Lucas Saúde

saúde



Ficha de exclusão de DEPENDENTES plano de saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE PLANO DE SAÚDE



Nome do Funcionário:	_____								
Cargo:	_____	CPF:	_____	RG:	_____	Cidade:	_____	UF:	_____
Motivo Exclusão:	_____	Nº Carteirinha	_____						

✓ Preenchimento do campo “Carta de cancelamento”

Preencher TODOS os campos marcados e dados de todos os dependentes que deverão ser excluídos.

Carta de cancelamento

Eu, _____, portador do CPF: _____ e RG: _____,
contribuinte do plano de saúde: _____ carteirinha nº: _____,
da empresa: _____.
Desejo efetuar o cancelamento apenas dos dependentes citados abaixo:
Nome: _____ carteirinha nº: _____
a partir de : ____ / ____ / ____

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que cumpri com as cláusulas contratuais, respeitei o prazo mínimo de permanência de 12 meses para todos os beneficiários do meu grupo familiar, estou ciente de que a exclusão do plano abrange apenas os dependentes e agregados citados acima.

Estou entregando as carteirinhas dos dependentes e agregados citados ao RH da empresa.

Local e data

_____, ____ de ____ de 20 ____.

Assinatura Funcionário



DESTAK

Introdução

Saúde Beneficência

saúde



Neste manual constam os procedimentos, documentações, formulários e orientações para envio e preenchimento de cada operadora, **TODAS as documentações listadas e informações circuladas em amarelo** são imprescindíveis para a realização dos processos de inclusão, exclusão e plano de continuidade.

Sem as mesmas corretas e completas, os processos poderão atrasar e até mesmo perder o prazo, podendo acarretar em custos, carências e negativa da operadora.



Operadoras

- ✓ Ameplan
- ✓ Bradesco
- ✓ Cemeru
- ✓ Clinipam
- ✓ GNDI
- ✓ H Saúde
- ✓ Mediplan
- ✓ São Francisco Saúde
- ✓ São Francisco Vidas
- ✓ São Lucas Saúde
- ✓ **Saúde Beneficência**
- ✓ Única Saúde
- ✓ Unimed Costa do Sol



DESTAK

Inclusões

Documentos Necessários – Saúde Beneficência



Inclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- ✓ Ficha de adesão plano de saúde
- ✓ Carta de orientação ao beneficiário
- ✓ Declaração de saúde

Documentos (cópias)

Titular

- ✓ Ficha de registro
- ✓ RG e CPF ou CNH
- ✓ Comprovante de residência
- ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados e registro)
- ✓ Ficha de registro

Dependentes

Cônjuge

- ✓ Comprovação de vínculo (certidão de casamento, união estável ou comprovação de filhos em comum)
- ✓ RG e CPF ou CNH

Filhos

- ✓ Comprovação de vínculo (certidão de nascimento ou declaração de guarda)
- ✓ RG (para maiores de 18 anos) e CPF (para todos)

- ✓ Respeitando a convenção coletiva, os beneficiários serão isentos de carências quando solicitada a inclusão em até no máximo 90 ou 180 dias da data de admissão (dependendo do cargo) e até 30 dias da data de vínculo, no caso de novos dependentes. Para inclusões após o prazo determinado, serão aplicadas carências conforme ANS.



Saúde Beneficência

saúde



✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE ADESÃO PLANO DE SAÚDE



TIPO DE MOVIMENTAÇÃO: () Nova Inclusão () Inclusão de Dependente () Alteração de Plano () Não Optante

Nome do Funcionário: _____							
Data Nascimento: _____		Sexo: _____	Estado Civil: _____		Matrícula: _____	Admissão: _____	
Cargo: _____	CPF: _____	RG: _____		PIS: _____			
Tel. R. _____	Celular: _____	Nome da Mãe: _____					
End. R. _____		Nº _____	Complemento: _____		CEP: _____		
Bairro: _____	Cidade: _____	UF: _____	Nº Cadastro Nacional de Saude: _____				

✓ Preenchimento do campo “Dependente”

Preencher TODOS os campos marcados para todos os dependentes que deverão ser incluídos.

DEPENDENTES: Cônjuge ou companheiro(a), Dependentes legais e Parentes consanguíneos até 3º grau.	DATA NASC.	CPF (Obrigatório para todos os dependentes)	RG (Obrigatório para maiores de 18 anos)	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	SEXO	NOME DA MÃE (campo obrigatório para todos os dependentes)
1.							
2.							
3.							
4.							

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que tenho interesse em aderir ao plano de saúde oferecido pela empresa e ciente dos descontos a serem feitos em meu contracheque referente a mensalidade, conforme contrato, em caso de afastamento farei o depósito dos valores de minha responsabilidade na conta corrente informada pela empresa, caso contrário o plano será suspenso.

Ciente de que o cancelamento do plano somente em caso de desligamento da empresa ou poderá ser solicitado após 12 meses a partir da data de inclusão.

Local e data

_____, de _____ de 20 _____.

Assinatura Funcionário



DESTAK

Saúde Beneficência

saúde



- ✓ Ler e rubricar.



CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado (a) Beneficiário (a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula a 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, 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 à 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.

ANS - nº 41753-0

RUBRICA: _____

1

1ª via = CONTRATADA / 2ª via = CLIENTE



DESTAK

Saúde Beneficência

saúde

Carta de orientação ao beneficiário

- ✓ Ler, preencher “Local e Data”, nome, CPF e assinar no campo “Proponente/Beneficiário Titular”

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.

Proponente / Beneficiário Titular

Nome:	Local	/	Data
CPF:			
Assinatura:			

Intermediário entre operadora e beneficiário

Nome:	Local	/	Data
CPF:			
Assinatura:			



DESTAK

Saúde Beneficência

saúde

Declararão de Saúde

- ✓ Preencher dados do titular e seus dependentes.
- ✓ **TITULAR** – Se refere ao titular do plano (funcionário da empresa).
- ✓ **DEPENDENTES** – Cônjuge ou companheiro(a) e filhos(as) solteiros até 24 anos.



DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Beneficiário Titular: _____

Responsável Legal: _____

Plano Contratado: _____ n° registro ANS: _____

Contrato Pessoa Física – Proposta de Adesão nº _____

Caso Pessoa Jurídica – Contratante _____

Dependente 1: _____

Dependente 2: _____

Dependente 3: _____

Dependente 4: _____

A PRESENTE DECLARAÇÃO DE SAÚDE DEVERÁ SER PREENCHIDA DE PRÓPRIO PUNHO PELO TITULAR OU RESPONSÁVEL LEGAL, INFORMANDO SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE E DE SEUS DEPENDENTES QUE SAIBA SER PORTADOR OU SOFREDOR, TODOS DEVIDAMENTE IDENTIFICADOS NA PROPOSTA DE ADESÃO.



DESTAK

Saúde Beneficência

saúde

U Declaração de Saúde



Ler, assinalar conforme descrito abaixo e rubricar.

Entrevista Qualificada:

Antes de preencher o questionário, informar qual das opções abaixo foi escolhida para ser praticado junto ao titular e dependentes:

Assinale de 1 a 3 os campos ao lado: () T () D1 () D2 () D3 () D4

1. Declaro que me foram oferecidas as opções 2 e 3 abaixo e que, tendo conhecimento de todos os itens deste instrumento optei por não fazer a Entrevista Qualificada (EQ) com o auxílio de Médico Orientador, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas na Declaração de Saúde (DS); OU

2. Declaro que optei pelo preenchimento da Declaração de Saúde (DS) com o auxílio do Médico Orientador indicado pela **SAÚDE BENEFICÊNCIA**, sem ônus financeiro para mim, para a realização da Entrevista Qualificada (EQ) e a orientação para o preenchimento da minha Declaração de Saúde (DS) e de meus dependentes; OU

3. Declaro que optei pelo preenchimento da Declaração de Saúde (DS) com o auxílio do Médico Orientador de minha livre escolha e confiança, não indicado pela **SAÚDE BENEFICÊNCIA**, para auxiliar-me, estando ciente de que assumirei integralmente o ônus financeiro desta minha opção, sem direito a nenhuma espécie de reembolso.

Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP): Considera-se doença ou lesão preexistente 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 Resolução 162/2007 da Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS.

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 e art. 10, inciso I, ambos da RN 162/2007 da Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS).

Agravos - 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

ANS - nº 41753-0

3

1ª via = CONTRATADA / 2ª via = CLIENTE

RUBRICA: _____



DESTAK

Saúde Beneficência

U Declaração de Saúde

✓ Continuação entrevista qualificada.

Ler



prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário (art. 2º, inciso III e art. 10, inciso II, ambos da RN 162/2007 – ANS).

Obs.: À Saúde Beneficência é facultado o oferecimento – ou não – do Agravo, como opção à CPT, conforme o art. 6º, §1º, da RN 162/2007.

Entrevista Qualificada - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações. (Art. 5º, §3º, da RN 162/2007 da A.N.S.).

Segmentação - Tipo de cobertura contratada no plano privado de assistência à saúde, conforme o artigo 12 da Lei 9656/98 (Art. 2º, IV da RN 162/2007 da A.N.S.).

1. ATENÇÃO:

1.1. A Declaração de Saúde consiste no preenchimento de um formulário, elaborado pela operadora, que tem por objetivo registrar informações acerca de doenças e lesões preexistentes (DLP), como sendo aquelas que o beneficiário tenha conhecimento, ou seja, saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação (art. 10, parágrafo único, da RN 162/2007 da A.N.S.), em relação a si próprio ou a qualquer um de seus dependentes.

1.2. No preenchimento da Declaração de Saúde, o beneficiário deverá informar ao SAÚDE BENEFICÊNCIA o conhecimento de DLP, quando da assinatura do contrato/proposta de adesão, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato/proposta de adesão (art. 5º, *caput*, da RN 162/2007 da A.N.S.).

1.3. A omissão de informação sobre a existência da doença ou lesão preexistente da qual o Proponente saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do Contrato. Nesse caso, o Proponente será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida.



DESTAK

Saúde Beneficência

saúde

Declarando de Saúde

- ✓ Responder as perguntas em todos os campos e rubricar.
- ✓ **TITULAR** – Se refere ao titular do plano (funcionário da empresa).
- ✓ **DEPENDENTES** – Cônjuge ou companheiro(a) e filhos(as) solteiros até 24 anos.

Exemplo: Funcionário + Cônjuge + Filho
Responder as perguntas para: Titular + D1 + D2

O preenchimento do formulário abaixo deverá ser feito pelo proponente de próprio punho, sem rasuras, independente do auxílio ou não do médico orientador.

A – Em caso de resposta afirmativa, especifique no Quadro Descritivo abaixo, utilizando S (sim) ou caso contrário N (não):

Item	Doença ou Lesão que sabe ser portador	Titular	D1	D2	D3	D4
01	Possui doenças do aparelho cardiológico (pressão alta, angina, infarto, derrames, arritmias, entre outras)? Especificar.					
02	Possui doenças das veias ou artérias (varizes, tromboses, hemorróidas, aneurisma, insuficiência circulatória)? Especificar.					
03	Possui doenças endócrinas ou metabólicas (diabetes, tireoide, obesidade mórbida, entre outras)? Especificar.					
04	Possui doenças pulmonares (asma, bronquite, enfisema, entre outras)? Especificar.					
05	Possui doenças do aparelho digestivo (esôfago, estômago, fígado, vesícula biliar, pâncreas, intestinos, entre outras)? Especificar.					
06	Possui hérnias (hiato, inguinal, umbilical, entre outras)? Especificar.					
07	Possui doenças renais ou da bexiga (cálculos, infecções urinárias, nefrites, entre outras)? Especificar.					

ANS - nº 41753-0

4

1ª via = CONTRATADA / 2ª via = CLIENTE

RUBRICA: _____



DESTAK

Saúde Beneficência

saúde

Continuação - Declaração de Saúde

- ✓ Responder as perguntas em todos os campos e rubricar.
- ✓ **TITULAR** – Se refere ao titular do plano (funcionário da empresa).
- ✓ **DEPENDENTES** – Cônjuge ou companheiro(a) e filhos(as) solteiros até 24 anos.

Exemplo: Funcionário + Cônjuge + Filho

Responder as perguntas para: Titular + D1 + D2



Item	Doença ou Lesão que sabe ser portador	Titular	D1	D2	D3	D4
08	Possui doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, testículos, pênis)? Especificar.					
09	Possui doenças ginecológicas e das mamas (períneo, HPV, nódulo de mama, cisto de ovário, mioma, endometriose, entre outras)? Especificar.					
10	Possui AIDS ou é portador do vírus HIV? Especificar.					
11	Possui doenças do sangue (anemias, leucemias, hemofilia, linfomas, entre outras)? Especificar.					
12	Possui doenças ou tumorações malignas (câncer) ou benignas? Especificar.					
13	Possui doenças neurológicas (epilepsia, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, esclerose múltipla, entre outras)? Especificar.					
14	Possui doenças reumáticas ou colagenoses (artrites, febre reumática, lúpus, entre outras)? Especificar.					
15	Possui doenças da pele (psoríase, dermatites, entre outras)? Especificar.					
16	Possui doenças infecto-contagiosas (hepatite, tuberculose, entre outras)? Especificar.					
17	Possui problemas ortopédicos (artrose, hérnia de disco, fraturas, osteoporose, entre outras)? Especificar o local do corpo.					
18	Possui doenças ou malformações congênitas ou hereditárias? Especificar.					
19	Possui doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, problemas ou alterações de retina, entre outras)? Especificar.					
20	Possui doenças dos ouvidos, nariz ou garganta (diminuição da audição, pólipos, tumores, desvio de septo, problemas de adenóide, entre outras)? Especificar.					
21	Possui transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outras)? Especificar.					
22	Realiza diálise ou hemodiálise? Especificar					
23	Realiza quimioterapia, braquiterapia ou radioterapia? Especificar					
24	Possui marcapasso ou outra prótese interna (pinos, placas, parafusos, entre outras)? Especificar.					
25	Sofre de alguma doença não mencionada acima? Especificar.					



DESTAK

Saúde Beneficência

saúde

Continuação - Declaração de Saúde

✓ Responder as perguntas em todos os campos e rubricar.

Exemplo: Funcionário + Cônjuge + Filho
Responder as perguntas para: Titular + D1 + D2

B – Cirurgias Realizadas:

Tipo de Cirurgia	Há quanto tempo?	Marque com um X o proponente				
		Titular	D1	D2	D3	D4

C – Já foi indicado para fazer tratamento clínico e/ou cirúrgico o qual ainda não foi realizado? Especificar abaixo:

Tipo de tratamento	Especialidade	Marque com um X o proponente				
		Titular	D1	D2	D3	D4

ANS - nº 41753-0

5

1ª via = CONTRATADA / 2ª via = CLIENTE

RUBRICA: _____



D – Quadro de idade, peso, altura e índice de massa corporal - IMC

	Titular	D1	D2	D3	D4
Idade					
Peso (kg)					
Altura (m)					
IMC					

Declaro que na hipótese da verificação do IMC (Índice de Massa Corporal) superior a 33 (trinta e três), em qualquer beneficiário/titular ou dependente desta declaração, acarretará em CPT (Cobertura Parcial Temporária) de 24 (vinte e quatro) meses para os procedimentos terapêuticos relacionados à Obesidade Mórbida, que será formalizada mediante termo de cobertura parcial temporária (CPT).

Se desejar e julgar pertinente, utilize o espaço abaixo para comentários e informações complementares sobre as perguntas formuladas e respondidas, que considere importante registrar, ou ainda sobre sua saúde.

Informações Complementares				
Titular	D1	D2	D3	D4



DESTAK

Saúde Beneficência

saúde



✓ Item se refere ao número da pergunta no formulário acima.

Caso o cônjuge responda "sim" para a pergunta abaixo:

19	Possui doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, problemas ou alterações de retina, entre outras)? Especificar.
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dependente 1	Item 19 – Miopia 3,25 esquerdo e direito. Uso de lentes de contato trocados diariamente. Miopia desde os 14 anos

✓ Anexar um relatório médico com as informações da patologia.

Ler, preencher e rubricar.

Em função das informações prestadas nesta Declaração de Saúde, declaro que tenho conhecimento ser o beneficiário/titular ou dependente em referência, portador das seguintes doenças ou lesões pré-existentes (DLP).

Doença ou Lesões Pré-existentes	
Titular	
Dependente 1	Item 19 – Miopia 3,25 esquerdo e direito. Uso de lentes de contato trocados diariamente. Miopia desde os 14 anos
Dependente 2	
Dependente 3	
Dependente 4	

ANS - nº 41753-0

RUBRICA: _____

6

1ª via = CONTRATADA / 2ª via = CLIENTE



DESTAK

146

Saúde Beneficência

saúde

Continuação - Declaração de Saúde

- ✓ Ler, preencher “Data” assinar no campo “Assinatura do Titular/Responsável Legal”.



Declaro ainda, que estou ciente de que a omissão de qualquer informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente (DLP), minha ou de meus dependentes, no momento da contratação ou adesão ao plano, da qual tenha conhecimento, desde que comprovado, poderá gerar processo administrativo, conforme art. 15 e incisos, da RN 162/2007 da A.N.S.

Identificado indício de fraude por parte do proponente (beneficiário titular), referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, o SAÚDE BENEFICÊNCIA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, conforme descrito no art. 18, inciso V, da RN 162/2007, podendo a operadora:

- oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde; ou
- oferecer o Agravo, na forma de art. 7º da RN 162/2007 da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- solicitar a abertura do processo administrativo junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar, quando a identificação do início de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT.

Após decisão sobre o processo de apuração de omissão de DLP na ANS, poderá ocorrer a suspensão ou cancelamento do contrato. Nesse caso, o beneficiário titular ficará responsável pelo pagamento de eventuais despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão preexistente (DLP) omitida, a partir da data de recebimento do comunicado ou notificação, pela SAÚDE BENEFICÊNCIA, sobre a existência da irregularidade.

Declaro estar ciente de que, de acordo com o artigo 766 do Código Civil Brasileiro vigente e art. 10, inciso IV, da RN 162/2007 da A.N.S., se forem constatados dados inverídicos, falsos ou incompletos na Declaração de Saúde (DS) ficarei sujeito, além do processo administrativo, ao resarcimento das despesas médicas realizadas.

Declaro ter conhecimento de que o presente instrumento se refere ao plano contratado junto ao SAÚDE BENEFICÊNCIA.

Declaro ainda, para todos os efeitos legais, que li e entendi este documento, que preenchi de próprio punho todas as informações nele constantes e que não omiti informações de saúde, relativas a mim ou ao (s) meu (s) dependente (s), tendo prestado dados verdadeiros e completos de forma espontânea.

Pelas informações prestadas nesta declaração de saúde, assumo inteira responsabilidade, por ser a expressão da verdade e reconheço o direito do plano SAÚDE BENEFICÊNCIA solicitar, em qualquer época, informações adicionais.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Titular / Responsável Legal

Médico Orientador (somente para a opção 2 ou 3 da Entrevista Qualificada):

Declaro que prestei as orientações necessárias para o Proponente/Beneficiário Titular preencher de próprio punho esta Declaração.

Assinatura do Médico Orientador
CRM _____

ANS - nº 41753-0

7

1ª via = CONTRATADA / 2ª via = CLIENTE



DESTAK

147

Saúde Beneficência

saúde

Continuação - Declaração de Saúde

✓ Preencher dados do titular e seus dependentes e rubricar.



TERMO DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT

CONTRATADA: ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA

BENEFICIÁRIO TITULAR: _____,

portador (a) da cédula de identidade RG nº _____, inscrito (a) junto ao CPF/MF sob o nº _____,

RESPONSÁVEL LEGAL: _____,

() Contrato Pessoa Física ou

() Coletivo Empresarial ou Coletivo Por Adesão

Nome da Contratante: _____

PLANO CONTRATADO: _____ registro ANS: _____

Dependente 1: _____

Dependente 2: _____

Dependente 3: _____

Dependente 4: _____

1. Pelo presente termo em conformidade com a Declaração de Saúde apresentada no ato da contratação do Plano de Saúde, O (A) BENEFICIÁRIO (A) e dependentes declaram para os devidos fins que, de acordo com as respostas positivas às doenças que são de seu conhecimento, foi (ram) informado (s) da necessidade de cumprimento de "Cobertura Parcial Temporária – CPT" para os procedimentos relacionados com referidas doenças ou lesões preexistentes – DLP.
2. O (A) BENEFICIÁRIO(A) e dependentes declaram estar cientes que haverá a suspensão do atendimento para os procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimento de alta complexidade (PAC), relacionados exclusivamente às doenças declaradas, conforme previsto na lista de cobertura mínima obrigatória estipulada pela ANS (Rol de procedimentos), disponível no site www.ans.gov.br, pelo período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses a partir da data da assinatura do contrato.
3. Desta forma, pelo presente instrumento, ficam O (A) BENEFICIÁRIO (A) e dependentes cientes e de acordo que a (s) doença(s) e lesão (ões) preexistente(s) – DLP constatadas por ocasião da contratação do plano de saúde, estarão sujeitas à Cobertura Parcial Temporária – CPT, pelo período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses a partir da data da assinatura do contrato.

ANS - nº 41753-0

8

RUBRICA: _____



DESTAK

Saúde Beneficência

saúde

Continuação - Declaração de Saúde

- ✓ Anexar um relatório médico com as informações da patologia.

Preencher “Local e Data” e assinar no campo “Beneficiário Titular ou Responsável Legal”



4. Doenças relacionadas:

	Doenças Declaradas
Titular	
Dependente 1	
Dependente 2	
Dependente 3	
Dependente 4	

_____, ____ de _____ de _____.

Beneficiário Titular ou Responsável Legal



DESTAK

Exclusões e Planos de Continuidade

Documentos Necessários – S. Beneficência

saúde



Exclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- ✓ No caso de demissão é necessário o envio da **cópia da rescisão e termo de exclusão de beneficiário**.
- ✓ No caso de óbito enviar cópia da **certidão de óbito**.
- ✓ No caso em que o colaborador decide romper com o contrato, se faz necessário a **ficha de exclusão TOTAL plano de saúde ou ficha de exclusão de dependentes plano de saúde**, para cancelamento o mesmo deverá ter cumprido o **prazo de permanência mínima de 12 meses e 6 meses sem utilização ou conforme contrato vigente**.



Planos de continuidade

- ✓ Caso o beneficiário opte pela continuidade no plano ele deverá enviar as documentações necessárias **até no máximo 30 dias da data de demissão**.

Documentos

- ✓ Termo de exclusão de beneficiário
- ✓ RG e CPF ou CNH
- ✓ Rescisão
- ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados, registro e baixa)
- ✓ Três últimos holerites
- ✓ Comprovante de residência

- ✓ Caso o beneficiário não opte pela continuidade no plano deverá assinar o termo de opção e o RH reter as carteirinhas no momento da demissão.



DESTAK

150

Saúde Beneficência

saúde



✓ Termo de Exclusão de Beneficiário – Plano Coletivo Empresarial

Empresa preencher campos referentes a demissão ou aposentadoria



TERMO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO – PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

CONTRATANTE:

- DATA DESEJADA PARA EXCLUSÃO: _____ / _____ / _____

Solicitamos a exclusão do Beneficiário Titular e seus Dependentes inscritos, vinculado à empresa CONTRATANTE qualificada:

Nome Titular:	Código:
---------------	---------

() EXCLUSÃO DE TITULAR POR LIVRE ESCOLHA, não caracterizando a condição para exercício do direito à continuidade de beneficiário prevista nos artigos 30 e 31 da Lei nº. 9656/98.

() NÃO CONTRIBUÍA FINANCEIRAMENTE COM A MENSALIDADE, portanto não possui o direito garantido nos artigos 30 e 31 da Lei nº. 9656/98, de manutenção da condição de beneficiário.

() CONTRIBUÍA FINANCEIRAMENTE COM A MENSALIDADE, mas a exoneração/demissão foi COM JUSTA CAUSA, ou o desligamento se deu por outro motivo: critérios que não atendem às exigências dos artigos 30 e 31 da Lei nº. 9656/98, para a garantia da manutenção da condição de beneficiário.

() CONTRIBUÍA FINANCEIRAMENTE COM A MENSALIDADE E A DEMISSÃO/EXONERAÇÃO FOI SEM JUSTA CAUSA.

DATA EXONERAÇÃO/DEMISSÃO: _____ / _____ / _____

TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO: _____ (dias, meses, anos).

() CONTRIBUÍA FINANCEIRAMENTE COM A MENSALIDADE E APOSENTOU.

DATA DA APOSENTADORIA: _____ / _____ / _____

TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO: _____ (dias, meses, anos).



DESTAK

Saúde Beneficência

saúde



Plano de Continuidade

Continuação - Termo de Opção de Continuidade ao Plano de Assistência Médica.

Funcionário preencher “Local e Data” e assinar no campo “Ex-Empregado”

Empresa assinar e carimbar (Carimbo CNPJ) no campo “Contratante Assinatura e Carimbo CNPJ”.

O Titular, acima identificado, declara ter conhecimento dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº. 9656/98, regulamentados pela RN 279/11, onde se garante a manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados. O aposentado que continuar trabalhando, na mesma empresa, terá seu direito garantido a partir do momento em que se desligar do empregador. Ainda, para fins dos direitos previstos, o empregado deverá ter contribuído, de forma parcial ou total, com o valor da mensalidade do seu plano de saúde, não sendo considerados os valores de co-participação, nem da mensalidade dos seus dependentes. E, assim sendo, o BENEFICIÁRIO TITULAR ainda declara:

TER INTERESSE em manter a condição de beneficiário do plano de saúde como inativo da CONTRATANTE, sabendo que a formalização desta opção, deve ocorrer, junto à Operadora, no prazo máximo de 30 (trinta) dias da comunicação da empresa empregadora ou do ato da rescisão do contrato de trabalho, sem que haja interrupção da assistência.

NÃO TER INTERESSE em manter a condição de beneficiário do plano de saúde como inativo da CONTRATANTE.

É extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

O plano Privado em questão será financiado integralmente pelo beneficiário.

Este termo possui três vias de igual teor e forma, sendo que uma da empresa CONTRATANTE, uma do EX-EMPREGADO, e outra da OPERADORA/SEGURADORA, sendo obrigatório o encaminhamento deste documento junto à solicitação de exclusão do TITULAR.

Declaramos que as informações são verdadeiras e completas.

DATA: _____ / _____ / _____

(EX-EMPREGADO)

(CONTRATANTE)

Assinatura e Carimbo CNPJ

ANS-Nº41753-0

ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA - Barão de Itapura nº 511 – Botafogo – Campinas/SP - CEP: 13020-430
DDG 0800.770.4548 - e-mail: relacoespi@beneficienciacamp.com.br - site: www.saudebeneficencia.com.br



DESTAK

Saúde Beneficência

saúde



Ficha de exclusão TOTAL plano de saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE EXCLUSÃO TOTAL PLANO DE SAÚDE



Nome do Funcionário:	_____								
Cargo:	_____	CPF:	_____	RG:	_____	Cidade:	_____	UF:	_____
Motivo Exclusão:	Nº Carteirinha _____								

✓ Preenchimento do campo “Carta de cancelamento”

Preencher TODOS os campos marcados.

Carta de cancelamento

Eu, _____, portador do CPF: _____ e RG: _____,
contribuinte do plano de saúde: _____ carteirinha nº: _____,
da empresa: _____.
Desejo efetuar o cancelamento do plano a partir de _____ / _____ / _____.

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que cumpri com as cláusulas contratuais, respeitei o prazo mínimo de permanência de 12 meses para todos os beneficiários do meu grupo familiar, estou ciente de que a exclusão total do plano abrange titulares, todos os dependentes e agregados.

Estou entregando todas as carteirinhas ao RH da empresa.

Local e data

_____, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura Funcionário



DESTAK

Saúde Beneficência

saúde



Ficha de exclusão de DEPENDENTES plano de saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE PLANO DE SAÚDE



Nome do Funcionário:	_____								
Cargo:	_____	CPF:	_____	RG:	_____	Cidade:	_____	UF:	_____
Motivo Exclusão:	_____	Nº Carteirinha	_____						

✓ Preenchimento do campo “Carta de cancelamento”

Preencher TODOS os campos marcados e dados de todos os dependentes que deverão ser excluídos.

Carta de cancelamento

Eu, _____, portador do CPF: _____ e RG: _____,
contribuinte do plano de saúde: _____ carteirinha nº: _____,
da empresa: _____.
Desejo efetuar o cancelamento apenas dos dependentes citados abaixo:
Nome: _____ carteirinha nº: _____
a partir de : ____ / ____ / ____

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que cumpri com as cláusulas contratuais, respeitei o prazo mínimo de permanência de 12 meses para todos os beneficiários do meu grupo familiar, estou ciente de que a exclusão do plano abrange apenas os dependentes e agregados citados acima.

Estou entregando as carteirinhas dos dependentes e agregados citados ao RH da empresa.

Local e data

_____, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura Funcionário



DESTAK



Neste manual constam os procedimentos, documentações, formulários e orientações para envio e preenchimento de cada operadora, **TODAS as documentações listadas e informações circuladas em amarelo** são imprescindíveis para a realização dos processos de inclusão, exclusão e plano de continuidade.

Sem as mesmas corretas e completas, os processos poderão atrasar e até mesmo perder o prazo, podendo acarretar em custos, carências e negativa da operadora.



Operadoras

- ✓ Ameplan
- ✓ Bradesco
- ✓ Cemeru
- ✓ Clinipam
- ✓ GNDI
- ✓ H Saúde
- ✓ Mediplan
- ✓ São Francisco Saúde
- ✓ São Francisco Vidas
- ✓ São Lucas Saúde
- ✓ Saúde Beneficência
- ✓ **Única Saúde**
- ✓ Unimed Costa do Sol



Inclusões

Documentos Necessários – Única Saúde



Inclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- Ficha para adesão ao convênio médico
- Declaração de saúde

Documentos (cópias)

Titular

- Ficha de registro
- RG e CPF ou CNH
- Comprovante de residência
- Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados e registro)
- Ficha de registro

Dependentes

Cônjugue

- Comprovação de vínculo (certidão de casamento, união estável ou comprovação de filhos em comum)
- RG e CPF ou CNH

Filhos

- Comprovação de vínculo (certidão de nascimento ou declaração de guarda)
- RG (para maiores de 18 anos) e CPF (para todos)

Respeitando a convenção coletiva, os beneficiários serão isentos de carências quando solicitada a inclusão em até no máximo 90 ou 180 dias da data de admissão (dependendo do cargo) e até 30 dias da data de vínculo, no caso de novos dependentes. Para inclusões após o prazo determinado, serão aplicadas carências conforme ANS.





✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Preencher TODOS os campos marcados.

ÚNICA SAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICA		FICHA PARA ADESÃO AO CONVÊNIO MÉDICO		
Dados do FUNCIONARIO - TITULAR				
Nome:		Data de Nascimento		Estado Civil
Nome da Mãe:		RG		CPF
Endereço:		Bairro:		Cidade:
Número:		CEP		Numero do PIS:
CEP		UF	Telefone:	Data de Admissão:
Tipo de Plano: Familiar - Individual		Dados da Empresa:		
		RE:		
Email:				

✓ Preenchimento do campo “Dependente”

Preencher TODOS os campos marcados para todos os dependentes que deverão ser incluídos e assinar no campo “Assinatura do Funcionário”.

Dados do DEPENDENTE				
Nome:		Data de Nascimento:		Estado Civil:
Nome da Mãe:		RG:		CPF:
Email:		CNS:		
Telefone:				
Endereço:		Bairro:		Cidade:
CEP		UF		
ASSINATURA DO FUNCIONARIO				



Única Saúde



saúde

- ✓ Preencher TODOS os campos marcados.
- ✓ **TITULAR** – Se refere ao titular do plano (funcionário da empresa).
- ✓ **DEPENDENTES** – Cônjuge ou companheiro(a) e filhos(as) solteiros até 24 anos.



Nº

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nome Completo do Titular

Nome do Dependente 1

Nome do Dependente 2

Nome do Dependente 3

Declaração de Saúde **1** Declaro que tenho ciência de que esta declaração de saúde é parte integrante da Proposta Contratual e do Contrato de Cobertura de Assistência Médica e Hospitalar Pessoa Jurídica Supramencionados.

2 No preenchimento desta declaração, V.Sa. tem a opção de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora ou por um profissional de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade. **3** A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças ou condições de saúde preexistentes, como sendo aquelas de que V.Sa. tenha conhecimento, no momento da assinatura do contrato, com relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes. **4** Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, é oferecida pela Única Saúde, a seguinte opção: Cobertura Parcial Temporária – na qual o beneficiário não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses. **5** A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada pela ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, V.Sa. será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver sido recebido o comunicado ou a notificação da operadora, alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.



DESTAK

Declararão de Saúde

- ✓ Responder as perguntas em todos os campos e rubricar.
- ✓ **TITULAR** – Se refere ao titular do plano (funcionário da empresa).
- ✓ **DEPENDENTES** – Cônjuge ou companheiro(a) e filhos(as) solteiros até 24 anos.

Exemplo: Funcionário + Cônjuge + Filho

Responder as perguntas para: Titular + Dep. 1 + Dep. 2

Quadro I – Declaração de Saúde

PREENCHIMENTO PELO PROPONENTE TITULAR, POR SI E PELO(S) DEPENDENTE(S)		RESPOSTA ESCREVENDO "SIM" OU "NÃO"			
INFORME SE É PORTADOR OU SE JÁ SOFREU DE		Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3
1	Doenças do aparelho cardiocirculatório (como angina, infarto, pressão alta, arritmias, aneurisma de aorta, cirurgias cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênitas, entre outras).				
2	Doenças endócrinas e metabólicas (como diabetes, hipertireoidismo e hipotireoidismo, obesidade, entre outras).				
3	Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes (como anemias, púrpuras, talassemias, HIV, AIDS e suas complicações, lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artrite reumatoide, entre outras).				
4	Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares (como derrame, aneurisma cerebral, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia e doenças congênitas do sistema nervoso, entre outras).				
5	Doenças crônicas do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, do nariz e da garganta (como asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, sinusite e desvio de septo nasal, entre outras).				
6	Doenças ortopédicas (como artrose, hérnia de disco, deformidade óssea, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvios de coluna, deformidades ósseas congênitas e fraturas de repetição, entre outras).				
7	Doenças ou tumorizações malignas (como leucemia, mieloma múltiplo, carcinoma, melanoma, linfoma e todos os tipos de câncer).				
8	Doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor masculino ou feminino (como cálculo renal, insuficiência renal, infecção urinária de repetição, incontinência urinária, doenças da próstata, cistos de ovário, mioma uterino e nódulos de mama, entre outras).				
9	Qualquer outra doença que não se relacione ou não se encontre descrita nos itens anteriores ou que tenha gerado ou não internação.				



DESTAK

Única Saúde

saúde



Continuação - Declaração de Saúde

- ✓ Item se refere ao número da pergunta no formulário acima.

Caso o cônjuge responda “sim” para a pergunta abaixo:

9

Qualquer outra doença que não se relacione ou não se encontre descrita nos itens anteriores ou que tenha gerado ou não internação.

Item	Benef.	Data do evento	Esclarecimentos
9	Dep. 1		Miopia 3,25 esquerdo e direito. Uso de lentes de contato trocados diariamente. Miopia desde os 14 anos

- ✓ Anexar um relatório médico com as informações da patologia.



Quadro II – Esclarecimentos Complementares

Caso a resposta para algumas das questões anteriores tenha sido sim ou qualquer outra doença que não se encontre listada no Quadro I, para qualquer um dos beneficiários, especifique a razão dela (data, tratamento, quadro atual e tudo mais que julgar importante para avaliação de sua saúde).

Item	Benef.	Data do evento	Esclarecimentos
9	Dep. 1		Miopia 3,25 esquerdo e direito. Uso de lentes de contato trocados diariamente. Miopia desde os 14 anos

- ✓ Preencher TODOS os dados marcados.

Quadro III – Informações Adicionais

Informe:	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3
Peso				
Altura				
IMC				



DESTAK

Única Saúde

saúde

U Continuação - Declaração de Saúde

- ✓ Ler, marcar alternativas, preencher “Local e Data” e assinar no campo “Usuário/Beneficiário/Titular Contratante”.

Quadro IV – Entrevista Qualificada

(A entrevista qualificada é uma opção do cliente e não é exigida por parte da operadora.)

- 1 Declaro que me foram oferecidas as opções 2 e 3 abaixo especificadas e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, optei por não fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta declaração.
- 2 Declaro que fui orientado por médico credenciado da Única Saúde Assistência Médica no preenchimento desta Declaração de Saúde.
- 3 Declaro que fui orientado por médico particular de minha confiança no preenchimento desta Declaração de Saúde.

Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM: _____

Declaro, para todos os efeitos legais, que li e entendi este documento e que nada omiti sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, tendo prestado informações completas e verídicas. Autorizo, também, que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas prestem aos médicos da Única Saúde Assistência Médica informações sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, bem como as moléstias das quais tenhamos, porventura, sofrido e o resultado de exames, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

Local e Data de Venda/Vigência

Usuário/Beneficiário/Titular Contratante



DESTAK

Exclusões e Planos de Continuidade

Documentos Necessários – Única Saúde

saúde



Exclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- ✓ No caso de demissão é necessário o envio da **cópia da rescisão e declaração de ciência sobre os direitos dos de planos de saúde.**
- ✓ No caso de óbito enviar cópia da **certidão de óbito.**
- ✓ No caso em que o colaborador decide romper com o contrato, se faz necessário a **ficha de exclusão TOTAL plano de saúde ou ficha de exclusão de dependentes plano de saúde**, para cancelamento o mesmo deverá ter cumprido o **prazo de permanência mínima de 12 meses e 6 meses sem utilização ou conforme contrato vigente.**



Planos de continuidade

- ✓ Caso o beneficiário opte pela continuidade no plano ele deverá enviar as documentações necessárias **até no máximo 30 dias da data de demissão.**

Documentos

- ✓ Declaração de ciência sobre os direitos dos de planos de saúde
- ✓ RG e CPF ou CNH
- ✓ Rescisão
- ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados, registro e baixa)
- ✓ Três últimos holerites
- ✓ Comprovante de residência

- ✓ Caso o beneficiário não opte pela continuidade no plano deverá assinar o termo de opção e o RH reter as carteirinhas no momento da demissão.



DESTAK

162



Plano de Continuidade

✓ Declaração de ciência sobre os direitos dos planos de saúde.

Preencher TODOS os campos marcados, “Local e Data” e assinar no campo “Ciente”.

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA SOBRE OS DIREITOS DOS ARTs. 30 e 31 DA LEI DE PLANOS DE SAÚDE – LEI Nº 9656/98

Eu, [REDACTED], CPF: [REDACTED], ex-funcionário **contributário** do Plano de Assistência à Saúde da Única Saúde, [REDACTED] contratado pela [REDACTED] com a qual mantive vínculo empregatício, declaro que em [REDACTED] data de formalização da comunicação do Aviso Prévio ou da comunicação da Aposentadoria, fui comunicado pela minha ex-empregadora sobre o direito que a mim são conferidos pelos arts. 30 e 31 da Lei nº 9656/98, regulamentada pela Resolução Normativa Nº 279, da ANS, de 24 de novembro de 2011, alterada pelas Resoluções Normativas n.º 287 e 297/12 da ANS, no seguinte sentido:

É garantido aos ex-empregados, demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados que contribuíram mensalmente para o pagamento da contraprestação pecuniária do plano privado de assistência à saúde em decorrência de vínculo empregatício, o direito de manterem a condição de beneficiários deste plano, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do vínculo de emprego, desde que assumam o pagamento integral da respectiva contraprestação pecuniária.

Não são consideradas Contribuições, valores pagos pelo Titular:

- Relacionados à contribuição de dependentes e/ou agregados; e.
- Correspondentes à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.

- É garantido ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa a manutenção do plano por um período igual a 1/3 (um terço) do tempo durante o qual contribuiu para o pagamento da contraprestação pecuniária do plano privado de assistência à saúde, sendo-lhe garantido um período mínimo de 06 (seis) meses e um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses;

- É garantido ao ex-empregado que venha a se aposentar e que tenha contribuído por **10 (dez) anos ou mais** para o pagamento da contraprestação pecuniária do plano privado de assistência à saúde, permanecer no plano por prazo indeterminado;

- É garantido ao ex-empregado que venha a se aposentar e que tenha contribuído por **menos de 10 (dez) anos** para o pagamento da contraprestação pecuniária do plano privado de assistência à saúde, permanecer no plano pelo período igual ao número de anos em que participou do plano como contributário do plano.

Assim, recebido este comunicado, bem como explicações sobre tudo o que nele contido, declaro estar ciente e não ter dúvida de que devo exercer meu direito de opção pela manutenção ou não no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias, contados da comunicação do Aviso Prévio ou da comunicação da Aposentadoria, estando ciente também de que minha opção deverá ser manifestada por meio de Declaração de Opção de Continuidade .

Campinas, _____

Ciente: _____



DESTAK



Plano de Continuidade

- ✓ Continuação - Declaração de ciência sobre os direitos dos de planos de saúde.

Ler, marcar alternativas, preencher “Local e Data” e assinar.

DECLARAÇÃO DE OPÇÃO DE CONTINUIDADE

Tendo firmado DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA SOBRE OS DIREITOS DOS ARTs. 30 e 31 DA LEI DE PLANOS DE SAÚDE – LEI Nº 9656/98, declaro expressamente:

- () opção pela não continuidade da condição de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde;
() opção pela continuidade da condição de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde juntamente com meus beneficiários nele inscritos, a qual formalizarei através da assinatura do “Termo de Adesão”, diretamente na Única Saúde em um dos endereços abaixo (Núcleo de Atendimento ao Cliente – NAC), em horário comercial.

Campinas: Rua: Delfino Cintra, 387 – Bota Fogo, Campinas/SP – CEP 13020-100 (19) 3995-0123.

Estou ciente de que caso não exista NAC na cidade onde resido ou nas proximidades, deverei entrar em contato com a Central de Atendimento 24h, de minha localidade, cujo telefone está expresso na minha carteira do convênio, a fim de receber orientações dos procedimentos necessários.

Relação de Documentos que deverão ser apresentados:

- RG, CPF e cópia dos documentos de dependentes.
- Via original desta Declaração de Opção de Continuidade assinada pelo responsável pela Área de Recursos Humanos da empresa e pelo ex-empregado ou aposentado;
- 03 últimos holerites, acompanhadas dos seus originais, ou documentos emitidos pela empresa que demonstrem os descontos referentes à contribuição ao plano de assistência à saúde;
- Comprovante de residência em nome do titular;
- Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho (original e cópia);
- Carteira de Trabalho (original) e cópias: frente e verso da página com a foto; da página do registro, e da página seguinte;
- No caso de Aposentado: apresentar a Carta de Concessão da Aposentadoria no INSS (original e cópia);
- Declaração da ex-empregadora assinada pelo responsável pela Área de Recursos Humanos e pelo ex-empregado ou aposentado informando o tempo de contribuição na operadora atual de planos de assistência à saúde e o de cada operadora porventura anteriormente contratada sucessivamente, na(s) qual(is) o ex-empregado ou aposentado tenha pago, referente à taxa do Titular, parcial ou integralmente, as mensalidades referentes a plano com padrão de acomodação e rede referenciada, superior àquele oferecido e pago integralmente pela empresa (upgrade).

Estou ciente, declaro que me foi explicado e concordo que:

- a) Os prazos de direito, vigência, manutenção do benefício e demais condições estão estabelecidas no **Termo de Adesão**;
- b) A não formalização de adesão junto a Única Saúde no supracitado prazo de 30 (trinta) dias tornará automaticamente nula minha opção pela manutenção da condição de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde.

Campinas, _____



DESTAK

Plano de Continuidade

- ✓ Continuação - Declaração de ciência sobre os direitos dos de planos de saúde.

Ler, marcar alternativas, preencher “Local e Data” e assinar.

INFORMAÇÕES REFERENTES AO DESLIGAMENTO DO FUNCIONÁRIO

Este questionário, de acordo com a Resolução Normativa Nº 279, da ANS, deverá ser preenchido pela empresa na data de formalização da comunicação do Aviso Prévio ou da comunicação da Aposentadoria ao funcionário.

Nome do Funcionário:
CPF/MF:

I) O Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria?

- () Sim
() Não

II) O Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa é um Beneficiário aposentado que continuava trabalhando na Contratante?

- () Sim
() Não

III) O Beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde?

- () Sim
() Não

IV) Por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde?

V) O ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário?

- () Sim
() Não

Importante:

Estas informações referentes ao desligamento do funcionário, assim como a 2^a via da DECLARAÇÃO DE OPÇÃO DE CONTINUIDADE, deverão ficar sob a guarda e responsabilidade da empresa, que se compromete expressamente a enviá-la à Única Saúde, no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação. Na hipótese de apresentação intempestiva do documento requerido ou no caso de sua não apresentação, a Empresa assumirá, de plano todos os prejuízos eventualmente suportados em decorrência desta ação ou omissão.

Campinas, _____



DESTAK



Ficha de exclusão TOTAL plano de saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE EXCLUSÃO TOTAL PLANO DE SAÚDE



Nome do Funcionário:	CPF:	RG:	Cidade:	UF:
Cargo:				
Motivo Exclusão:			Nº Carteirinha	

✓ Preenchimento do campo “Carta de cancelamento”

Preencher TODOS os campos marcados.

Carta de cancelamento

Eu, _____, contribuinte do plano de saúde: _____, da empresa: _____.	portador do CPF: _____ e RG: _____, carteirinha nº: _____.
Desejo efetuar o cancelamento do plano a partir de _____ / _____ / _____.	

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que cumpri com as cláusulas contratuais, respeitei o prazo mínimo de permanência de 12 meses para todos os beneficiários do meu grupo familiar, estou ciente de que a exclusão total do plano abrange titulares, todos os dependentes e agregados.

Estou entregando todas as carteirinhas ao RH da empresa.

Local e data

_____, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura Funcionário



DESTAK



Ficha de exclusão de DEPENDENTES plano de saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE PLANO DE SAÚDE



Nome do Funcionário:	_____								
Cargo:	_____	CPF:	_____	RG:	_____	Cidade:	_____	UF:	_____
Motivo Exclusão:	_____	Nº Carteirinha	_____						

✓ Preenchimento do campo “Carta de cancelamento”

Preencher TODOS os campos marcados e dados de todos os dependentes que deverão ser excluídos.

Carta de cancelamento

Eu, _____, portador do CPF: _____ e RG: _____,
contribuinte do plano de saúde: _____ carteirinha nº: _____,
da empresa: _____.
Desejo efetuar o cancelamento apenas dos dependentes citados abaixo:
Nome: _____ carteirinha nº: _____
a partir de : ____ / ____ / ____

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que cumpri com as cláusulas contratuais, respeitei o prazo mínimo de permanência de 12 meses para todos os beneficiários do meu grupo familiar, estou ciente de que a exclusão do plano abrange apenas os dependentes e agregados citados acima.

Estou entregando as carteirinhas dos dependentes e agregados citados ao RH da empresa.

Local e data

_____, de _____ de 20 _____.

Assinatura Funcionário



DESTAK

Introdução

Unimed Costa do Sol

saúde



Neste manual constam os procedimentos, documentações, formulários e orientações para envio e preenchimento de cada operadora, **TODAS as documentações listadas e informações circuladas em amarelo** são imprescindíveis para a realização dos processos de inclusão, exclusão e plano de continuidade.

Sem as mesmas corretas e completas, os processos poderão atrasar e até mesmo perder o prazo, podendo acarretar em custos, carências e negativa da operadora.



Operadoras

- ✓ Ameplan
- ✓ Bradesco
- ✓ Cemeru
- ✓ Clinipam
- ✓ GNDI
- ✓ H Saúde
- ✓ Mediplan
- ✓ São Francisco Saúde
- ✓ São Francisco Vidas
- ✓ São Lucas Saúde
- ✓ Saúde Beneficência
- ✓ Única Saúde
- ✓ **Unimed Costa do Sol**



DESTAK

Inclusões

Documentos Necessários – Unimed Costa do Sol



Inclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- Cadastro de usuários
- Declaração de saúde

Documentos (cópias)

Titular

- Ficha de registro
- RG e CPF ou CNH
- Comprovante de residência
- Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados e registro)
- Ficha de registro

Dependentes

Cônjuge

- Comprovação de vínculo (certidão de casamento, união estável ou comprovação de filhos em comum)
- RG e CPF ou CNH

Filhos

- Comprovação de vínculo (certidão de nascimento ou declaração de guarda)
- RG (para maiores de 18 anos) e CPF (para todos)

Respeitando a convenção coletiva, os beneficiários serão isentos de carências quando solicitada a inclusão em até no máximo 90 ou 180 dias da data de admissão (dependendo do cargo) e até 30 dias da data de vínculo, no caso de novos dependentes. Para inclusões após o prazo determinado, serão aplicadas carências conforme ANS.



DESTAK



✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.

Cadastro de Usuários



1 - Nome da Empresa	2 - Cod. Da Empresa
3 - Tipo de plano	<input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESPECIAL <input type="checkbox"/> TABELA PRÓPRIA
4 - Atualização	<input type="checkbox"/> INCLUSÃO <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DEPENDENTES <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO DE DEPENDENTES <input type="checkbox"/> 2ª DA CARTEIRA <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DADOS (Nomes, Datas) <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA DE PLANO
TITULAR	
Nome completo	
Nome da mãe	
Nome do pai	
Dt de nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Est. Civil
CPF	CNS
RG	Orgão expedidor
Endereço	Dt de expedição
Bairro	CEP
Cidade	Telefone
M.de nascimento	Email

✓ Preenchimento do campo “Dependente”

Preencher TODOS os campos marcados para todos os dependentes que deverão ser incluídos.

DEPENDENTE	
Nome completo	
CPF	
RG	Orgão expedidor
Nome da mãe	Dt de expedição
Nome do pai	
Dt de nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Est. Civil
M.de nascimento	Gr. Parentesco



DESTAK

Unimed Costa do Sol



saúde

- ✓ Preencher TODOS os campos marcados.
- ✓ **TITULAR** – Se refere ao titular do plano (funcionário da empresa).
- ✓ **DEPENDENTES** – Cônjuge ou companheiro(a) e filhos(as) solteiros até 24 anos.

Preencher uma ficha para cada beneficiário

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Dr. Gumerino P. Faria Filho
Diretor Técnico Médico
CRM - RJ 5246804-6



www.unimed.coop.br/costadosol
Rua Euzébio de Queiroz, 454
27910-230 Centro, Macaé - RJ
T.(22) 2105-8008

PESSOA FÍSICA

PESSOA JURÍDICA

Nº _____

NOME DO BENEFICIÁRIO: _____

**GRAU DE
PARENTESCO:** TITULAR CÔNJUGE
 FILHO (A) ENTEADO (A)

COMPANHEIRO (A) AGREGADO
 Data de Nasc: _____

RG: _____ **TIPO DE PLANO:** _____



DESTAK

Unimed Costa do Sol



saúde

✓ Ler, marcar uma das alternativas, preencher “Data” e assinar.

Preencher uma ficha para cada beneficiário

PREENCHIMENTO NECESSÁRIO EM CASO DE PESSOA JURÍDICA

Nome da Empresa: _____ Código do contrato: _____

Declaro que o representante da UNIMED passou todas as informações sobre o contrato, não havendo dúvidas de minha parte sobre quaisquer cláusulas. Declaro também que assumo a responsabilidade pelas respostas abaixo, sob pena de imputação de fraude.

Informações obrigatórias, por força da Resolução ANS/RN n.º 162/07:

1 – 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 à doenças ou lesão preexistente declarados pelo beneficiário ou seu representante legal.

2 – Agravo – 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.

3 – No preenchimento da presente declaração, o consumidor possui a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou optar por um profissional de sua livre escolha, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

4 – A declaração de saúde possui por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

5 – A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicação ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Aceito a ajuda do profissional médico para orientação do preenchimento da declaração de saúde.

Dispenco a ajuda do profissional médico para orientação do preenchimento da declaração de saúde.

Assinatura do beneficiário: _____

Data: _____

Dados do Profissional
(Preencher de próprio punho)

Nome: _____

CRM: _____

Assinatura: _____

Data: _____



DESTAK



✓ Responder as perguntas em todos os campos.

Responda as questões abaixo, utilizando os espaços reservados ao titular e seus dependentes. Pessoa física utilizar o espaço reservado ao titular

1	É portador (a) de doenças do aparelho cardio-circulatório, veias e artérias? (pressão alta, angina, infarto, sopro cardíaco, má formação congênitas, arritmias entre outras, inclusive congênitas, varizes, flebite).	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2	É portador (a) de doenças endócrinas ou metabólicas? (diabetes, tireóide, obesidade, outros distúrbios hormonais, inclusive congênitos).	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3	É portador (a) de problemas pulmonares? (asma, bronquite, efizema, insuficiência respiratória, inclusive congênitas entre outras).	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
4	É portador (a) de doenças do aparelho digestivo? (Fígado: hepatite, cirrose – Estômago: gastrite, úlcera, hérnia - Intestino preso, diarréias frequentes, hemorroidas, esôfago, pedra na vesícula biliar, pâncreas, doenças congênitas entre outras).	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5	É portador de doenças dos órgãos genitais masculinos? (próstata, testículo, pênis) – impotência, esterilidade, varicocele, inclusive doença congênita.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
6	É portadora de doenças ginecológicas e das mamas? (períneo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, esterilidade, doenças congênitas entre outras).	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
7	É portador (a) de problemas urinários renais ou da bexiga? (cálculos, infecções dos rins, insuficiência renal, incontinência urinária, inclusive doenças congênitas entre outras).	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
8	É portador (a) de doenças infecto-contagiosas? (relacionadas ao vírus HIV, lepra, tuberculose, entre outras?)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
9	É portador (a) de alguma doença do sangue? (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, sangramentos, entre outras).	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
10	É portador (a) de alguma doença do ouvido, nariz ou garganta? (diminuição da audição, perfuração do tímpano, infecções frequentes, problemas de adenóide, tumor, desvio de septo, sinusite, amigdalite crônica, entre outras, inclusive congênitas).	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
11	É portador (a) de doenças oftalmológicas? (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, pterígio, estrabismo, problemas de alterações de retina, entre outros).	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
12	É portador (a) de doenças ou más formações (defeitos) congênitas ou hereditárias (familiares)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
13	É portador (a) de doenças ou tumorações malignas ou benignas (câncer)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
14	É portador (a) de alguma doença neurológica? (derrame cerebral, epilepsia, convulsões, desmaios, aneurisma cerebral, parkinson, esclerose múltipla, deficiência mental ou motora (movimentoção dos membros), entre outras inclusive congênita).	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO



Unimed Costa do Sol



saúde

- ✓ Responder as perguntas em todos os campos e assinar no campo “Assinatura ou rubrica do beneficiário”.

15	Sofre algum transtorno psiquiátrico? (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outros).	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
16	É portador (a) de alguma dependência química? (alcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras).	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
17	É portador (a) de alguma doença da pele? (psoríase, dermatite, vitiligo, tumorações, alergias, manchas, sinais ou cicatrizes entre outras, inclusive congênita).	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
18	É portador (a) de problemas ortopédicos ou doenças reumáticas? (artrose, artrite, hérnia de disco, fraturas que deixaram sequelas, osteoporose, escoliose, lombalgia, desvio da coluna, entre outras, inclusive congênitas).	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
19	Possui algum tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado para os próximos meses? Especificar.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Assinatura ou rubrica do beneficiário

- ✓ Responder as perguntas em todos os campos e assinar no campo “Assinatura ou rubrica do beneficiário”.

20	Realiza ou realizou hemodiálise? Especificar.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
21	Realiza ou realizou quimioterapia, braquioterapia ou radioterapia? Especificar.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
22	Possui marca-passo ou outra prótese interna? (pinos, placas, parafusos). Especificar.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
23	Já foi submetido (a) a alguma cirurgia que deixou sequelas? Especificar.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
24	É portador de obesidade mórbida? Especificar seu peso e altura.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
25	É portador de alguma doença ou foi submetido (a) alguma cirurgia ou tratamento que não foi mencionado acima? especificar.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Assinatura ou rubrica do beneficiário



DESTAK

✓ Item se refere ao número da pergunta no formulário acima.

Caso responda “sim” para a pergunta abaixo:

11	É portador (a) de doenças oftalmológicas? (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, pterigio, estrabismo, problemas de alterações de retina, entre outros).
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ITEM	TEMPO DA DOENÇA	INFORMAÇÕES IMPORTANTES
17		Miopia 3,25 esquerdo e direito. Uso de lentes de contato trocados diariamente. Miopia desde os 14 anos

✓ Anexar um relatório médico com as informações da patologia.

Preencher “Local e Data” e assinar no campo “Assinatura do beneficiário”

Em caso de respostas positivas nos itens anteriores, descreva abaixo, a doença, informando o número do ítem e relacionando ao (a) beneficiário (a).

ITEM	TEMPO DA DOENÇA	INFORMAÇÕES IMPORTANTES
17		Miopia 3,25 esquerdo e direito. Uso de lentes de contato trocado diariamente. Miopia desde os 14 anos

, _____ de _____ de 20_____

Local

Assinatura do beneficiário



DESTAK

Exclusões e Planos de Continuidade

Documentos Necessários – Unimed

saúde



Exclusões

Enviar por e-mail **até no máximo a data de corte.**

- ✓ No caso de demissão é necessário o envio da **cópia da rescisão e declaração de opção de manutenção do plano.**
- ✓ No caso de óbito enviar cópia da **certidão de óbito.**
- ✓ No caso em que o colaborador decide romper com o contrato, se faz necessário o **cadastro de usuários, ficha de exclusão TOTAL plano de saúde ou ficha de exclusão de DEPENDENTES plano de saúde**, para cancelamento o mesmo deverá ter cumprido o **prazo de permanência mínima de 12 meses e 6 meses sem utilização ou conforme contrato vigente.**



Planos de continuidade

- ✓ Caso o beneficiário opte pela continuidade no plano ele deverá enviar as documentações necessárias **até no máximo 30 dias da data de demissão.**

Documentos

- ✓ Declaração de opção de manutenção do plano
- ✓ RG e CPF ou CNH
- ✓ Rescisão
- ✓ Carteira de trabalho (Páginas: foto, dados, registro e baixa)
- ✓ Três últimos holerites
- ✓ Comprovante de residência

- ✓ Caso o beneficiário não opte pela continuidade no plano deverá assinar o termo de opção e o RH reter as carteirinhas no momento da demissão.



DESTAK

Unimed Costa do Sol

saúde



Plano de Continuidade

✓ Declaração de opção de manutenção do plano

Preencher TODOS os campos marcados.

DECLARAÇÃO DE OPÇÃO DE MANUTENÇÃO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - ANEXO 1

Dr. Gumerçino P. Faria Filho
Diretor Técnico Médico
CRM - RJ 5246804-6

Unimed

Costa do Sol

www.unimed.coop.br/costadosol
Rua Euzébio de Queiroz, 454
27910-230 Centro, Macaé - RJ
T.(22) 2105-8000

Nome da Empresa: _____

Cód. da Empresa: _____ Nome do Empregado: _____

CPF: _____ . _____ . _____ - _____

- Motivo do desligamento: () Acordo;
() Demissão sem Justa Causa;
() Demissão com Justa Causa (Não tem direito ao plano);
() Exoneração;
() Aposentadoria;
() Demissão a pedido do empregado.

O Beneficiário se enquadra no Art. 22 da RN 279? (Empregado que continua trabalhando na mesma empresa e vem a se desligar é garantido o direito de manter pela condição de beneficiário exercendo o direito de ex-empregado aposentado no momento em que se desligar do emprego.)

() Sim () Não

O Beneficiário já contribuiu ou contribuía para o pagamento do benefício?

() Sim. Quanto tempo? _____ () Não



DESTAK

✓ Continuação - Declaração de opção de manutenção do plano

Funcionário preencher TODOS os campos, marcar uma das alternativas, preencher “Local e Data” e assinar no campo “Assinatura do Empregado”.

Empresa assinar e carimbar (Carimbo CNPJ) no campo “Carimbo e Assinatura do Contratante”.

DECLARAÇÃO

Eu, [REDACTED], declaro para os devidos fins, que nesta data foi-me comunicada a possibilidade de manutenção no plano de saúde na condição de ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de manter minha condição de beneficiário e aos meus dependentes, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que quando gozava da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral e desde que solicitada até 30 dias a contar desta data, tendo:

() Optado pela manutenção () Não tendo optado pela manutenção

Data: _____, _____ de _____ de _____.

[REDACTED]

Assinatura do Empregado

[REDACTED]

Carimbo e Assinatura da Contratante



Unimed Costa do Sol

saúde



Ficha de exclusão TOTAL plano de saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.

Unimed 
Costa do Sol

FICHA DE EXCLUSÃO TOTAL PLANO DE SAÚDE



Nome do Funcionário:	CPF:	RG:	Cidade:	UF:
Cargo:				
Motivo Exclusão:	N° Carteirinha _____			

✓ Preenchimento do campo “Carta de cancelamento”

Preencher TODOS os campos marcados.

Carta de cancelamento

Eu, _____, portador do CPF: _____ e RG: _____,
contribuinte do plano de saúde: _____ carteirinha nº: _____,
da empresa: _____.
Desejo efetuar o cancelamento do plano a partir de _____ / _____ / _____.

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que cumpri com as cláusulas contratuais, respeitei o prazo mínimo de permanência de 12 meses para todos os beneficiários do meu grupo familiar, estou ciente de que a exclusão total do plano abrange titulares, todos os dependentes e agregados.

Estou entregando todas as carteirinhas ao RH da empresa.

Local e data

_____, ____ de ____ de 20 ____.

Assinatura Funcionário



DESTAK

Unimed Costa do Sol

saúde



Ficha de exclusão de DEPENDENTES plano de saúde

✓ Preenchimento dos campos de informações do titular

Assinalar tipo de movimentação e preencher TODOS os campos marcados.



FICHA DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE PLANO DE SAÚDE



Nome do Funcionário:	_____								
Cargo:	_____	CPF:	_____	RG:	_____	Cidade:	_____	UF:	_____
Motivo Exclusão:	_____	Nº Carteirinha	_____						

✓ Preenchimento do campo “Carta de cancelamento”

Preencher TODOS os campos marcados e dados de todos os dependentes que deverão ser excluídos.

Carta de cancelamento

Eu, _____, portador do CPF: _____ e RG: _____,
contribuinte do plano de saúde: _____ carteirinha nº: _____,
da empresa: _____.
Desejo efetuar o cancelamento apenas dos dependentes citados abaixo:
Nome: _____ carteirinha nº: _____
a partir de : ____ / ____ / ____

✓ Ler, preencher “Local e data” e assinar no campo “Assinatura Funcionário”.

Declaro que cumpri com as cláusulas contratuais, respeitei o prazo mínimo de permanência de 12 meses para todos os beneficiários do meu grupo familiar, estou ciente de que a exclusão do plano abrange apenas os dependentes e agregados citados acima.

Estou entregando as carteirinhas dos dependentes e agregados citados ao RH da empresa.

Local e data

_____, de _____ de 20 _____.

Assinatura Funcionário



DESTAK

Carências ANS

Informações extraídas do site:
www.ans.gov.br



A Agência Reguladora de Planos de Saúde do Brasil

Carênciа

Carência: período para começar a usar o plano

Planos coletivos por adesão: pode haver aplicação de carência.

Prazos de carência

A empresa que vende o plano de saúde pode exigir:

Situação	Tempo a ser aguardado após a contratação do plano de saúde*
Casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis)	24 horas
Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional	300 dias
Demais situações	180 dias

1 Atenção: * Esses são limites de tempo máximos. Isso quer dizer que a operadora de planos de saúde pode exigir um tempo de carência menor que o previsto na legislação.

Entenda a necessidade da carência

Ao contratar um plano privado de assistência à saúde, a pessoa física ou jurídica está contratando a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde. A assistência se dá através de atendimento por profissionais ou serviços de saúde, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente pela operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador de saúde.

O setor de planos de saúde funciona num sistema mutualista: várias pessoas contribuem para que algumas pessoas utilizem os serviços. Dessa maneira, os beneficiários pagam uma mensalidade fixa – de acordo com o tipo de cobertura assistencial, a faixa etária e a rede conveniada – e os custos da utilização dos procedimentos pelos integrantes da carteira são diluídos entre o grupo. Não funciona como uma caderneta de poupança ou como qualquer outro mecanismo financeiro em que os valores são reservados para uma eventualidade futura.

A função do plano de saúde é cobrir ocorrências futuras e imprevistas, ou seja, que independam da vontade das partes.

Nesse contexto, a existência do instrumento da carência se justifica para garantir a condição incerta, aleatória e futura das ocorrências de assistência à saúde, sendo importante para assegurar a viabilidade do mercado de planos de saúde. A não existência de carência possibilitaria a contratação do plano de saúde para ocorrências já decorridas, e não para as incertas, aleatórias e futuras.



DESTAK