



PROPOSTA DE ADESÃO  
AO PLANO DE SAÚDE  
COLETIVO POR ADESÃO  
Lei nº 965698

44



AACL  
ASSOCIAÇÃO AUXILIADORA DAS  
CLASSES LABORIOSAS

ANS - nº 41444-1

ANS - nº 34.014-6

## HEALTHCARE TRUST SERVICE - CONSULTORIA EM NEGÓCIOS DE SAÚDE

Endereço: Rua Funchal, 513, 5º Andar, Conjunto 51, Sala 05 | Vila Olímpia, São Paulo | SP

Início de vigência

01/08/2021

## Área de Comercialização:

Essa proposta é válida somente para usuários residentes nos grupos 01, 02 e 03:

Grupo 01 - São Paulo, São Bernardo, São Caetano do Sul, Santo André, Mauá, Osasco, Diadema e Guarulhos; todos no estado de São Paulo.

Grupo 02 - São Paulo e Guarulhos

Grupo 03 - Municípios de São Paulo: São Paulo, Praia Grande, Santos, Mongaguá, Peruíbe, Itanhaém, São Vicente, Cubatão, Guarujá; Todos no Estado de São Paulo - SP

## Mês de reajuste do contrato

Novembro

## Produtor

Cód. da Concessionária

22064768000161

Nome da Concessionária

HEAOLU CORRETORA E ADM DE SEGUROS

Nome da Concessionária (continuação)

DDD

Telefone

Cód. do Gerente / Supervisor

12655561805

CPF do Gerente / Supervisor

126.555.618-05

Nome do Gerente / Supervisor

PATRÍCIA MOTA MENDES LUIZ SANTOS

Nome do Gerente / Supervisor (continuação)

Nome do Produtor / Angariador

fco jose

CPF do Produtor / Angariador

04505416305

## Dados da Entidade conveniada

Nome da Entidade:

DSASD



PROPOSTA DE ADESAO  
AO PLANO DE SAUDE  
COLETIVO POR ADESAO  
Lei nº 965698

44



**AACL**  
ASSOCIAÇÃO AUXILIADORA DAS  
CLASSES LABORIOSAS

ANS - nº 41444-1

ANS - nº 34.014-6

LINHA DE PRODUTOS AACL		ÁREA DE ABRANGÊNCIA: GRUPOS DE MUNICÍPIOS		
Linha de Produto / ANS	Segmentação	Acomodação	Abrangência	Característica
<input checked="" type="checkbox"/> AACL 200 ADESAO ABC + OSASCO 481.779/18-6	amb. + hospitalar + obstetrícia	Enfermaria	Grupo 01	Sem coparticipação
<input type="checkbox"/> AACL 200 ADESAO ABC + OSASCO 481.778/18-8	amb. + hospitalar + obstetrícia	Apartamento	Grupo 01	Sem coparticipação
<input type="checkbox"/> AACL 200 ADESAO SP-ENF 481.750/18-8	amb. + hospitalar + obstetrícia	Enfermaria	Grupo 02	Sem coparticipação
<input type="checkbox"/> AACL 500 ADESAO SP-APT 481.749/18-4	amb. + hospitalar + obstetrícia	Apartamento	Grupo 02	Sem coparticipação
<input type="checkbox"/> CLASSES 100-ENF 483.601/19-4	amb. + hospitalar + obstetrícia	Enfermaria	Grupo 03	Sem coparticipação
<input type="checkbox"/> CLASSES 100-APT 483.600/19-6	amb. + hospitalar + obstetrícia	Apartamento	Grupo 03	Sem coparticipação

## Declaração – Escolha do Plano:

Declaro que me foi ofertado, como opção de contratação, o Plano Referência da Operadora ASSOCIAÇÃO AUXILIADORA DAS CLASSES LABORIOSAS, inscrita perante o CNPJ sob o nº 61.740.791/0001-80, de acordo com a Lei nº 9.656/98 e alterações posteriores, e optei pela contratação do Plano selecionado, conforme assinalado por mim nesta folha.

PROPOSTA DE ADESAO  
AO PLANO DE SAÚDE  
COLETIVO POR ADESAO  
Lei nº 965698

44

AACL  
ASSOCIAÇÃO AUXILIADORA DAS  
CLASSES LABORIOSAS

ANS - nº 41444-1

ANS - nº 34.014-6

## Dados do Proponente Titular

CPF* 04505416305	Nome Completo e sem Abreviações* TESTE WELLINGTON
Profissão ASDASD	
Cartão Nacional de Saúde (SUS) 333	Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)
Nome Completo da Mãe e sem Abreviações* RITA ERENICE	
Nome Completo do pai e sem Abreviações	
ARC	Estado Civil: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros
Data de Nascimento* 05/06/1991	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Haverá inclusão de dependentes no contrato? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

## Endereço Residencial

CEP 07095010	Logradouro RUA ARMINDA DE LIMA					
Logradouro (continuação)		Número 325	Complemento B			
Bairro* CENTRO		Município* GUARULHOS	UF SP			
DDD	Telefone Residencial	DDD 85	Telefone Celular 997329876	DDD	Telefone Comercial	Ramal
E-mail we.silveira@outlook.com						

## Dados Responsável (preencher somente quando o proponente titular for menor de idade)

Nome Completo e sem Abreviações do Responsável						
CPF*	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros					
Data de Nascimento	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros				



PROPOSTA DE ADESAO  
AO PLANO DE SAUDE  
COLETIVO POR ADESAO  
Lei nº 965698

44



AACL  
ASSOCIAÇÃO AUXILIADORA DAS  
CLASSES LABOIOSAS

ANS - nº 41444-1

ANS - nº 34.014-6

## Relação dos Dependentes

01	CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*		
	Nome Completo e sem Abreviações (continuação)			
	Nº do Cartão Nacional de Saúde	DN – Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)		
	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			
	Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	
	Nome Completo da mãe e sem Abreviações*			
	Código do PIS/PASEP		Município de Nascimento*	
02	CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*		
	Nome Completo e sem Abreviações (continuação)			
	Nº do Cartão Nacional de Saúde	DN – Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)		
	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			
	Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	
	Nome Completo da mãe e sem Abreviações*			
	Código do PIS/PASEP		Município de Nascimento*	
03	CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*		
	Nome Completo e sem Abreviações (continuação)			
	Nº do Cartão Nacional de Saúde	DN – Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)		
	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			
	Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	
	Nome Completo da mãe e sem Abreviações*			
	Código do PIS/PASEP		Município de Nascimento*	



PROPOSTA DE ADESAO  
AO PLANO DE SAÚDE  
COLETIVO POR ADESAO  
Lei nº 965698

44



AACL  
ASSOCIAÇÃO AUXILIADORA DAS  
CLASSES LABORIOSAS

ANS - nº 41444-1

ANS - nº 34.014-6

## Relação dos Dependentes

04	CPF*		Nome Completo e sem Abreviações*	
	Nome Completo e sem Abreviações (continuação)			
	Nº do Cartão Nacional de Saúde		DN – Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)	
	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			
	Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	
	Nome Completo da mãe e sem Abreviações*			
	Código do PIS/PASEP		Município de Nascimento*	

  

05	CPF*		Nome Completo e sem Abreviações*	
	Nome Completo e sem Abreviações (continuação)			
	Nº do Cartão Nacional de Saúde		DN – Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)	
	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			
	Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	
	Nome Completo da mãe e sem Abreviações*			
	Código do PIS/PASEP		Município de Nascimento*	

## Adesão e Vigência

Data da assinatura da proposta	Data do início da vigência e da cobertura assistencial	Vencimento do boleto / Débito automático
01 a 15	Dia 01 do primeiro mês subsequente	Todo dia 01 de cada mês**
16 a 31	Dia 15 do primeiro mês subsequente	Todo dia 15 de cada mês**

\*\*O início da vigência dos benefícios definirá a data de vencimento das mensalidades, na forma da tabela acima, ficando desde já estabelecido que a data de vencimento das mensalidades não poderá ser alterada a pedido do beneficiário.



PROPOSTA DE ADESAO  
AO PLANO DE SAUDE  
COLETIVO POR ADESAO  
Lei nº 965698

44



**AACL**  
ASSOCIAÇÃO AUXILIADORA DAS  
CLASSES LABORIOSAS

ANS - nº 41444-1

ANS - nº 34.014-6

### Valores mensais previstos de acordo com a tabela de vendas vigente – em reais

Proponente	Idade	Valor do plano de saúde sem o plano opcional odontológico	Valor do plano de saúde com o plano opcional odontológico	Total
Titular	30	R\$ 185,72		R\$ 185,72
Dependentes	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
<b>Atenção:</b> os valores indicados acima sofrerão alteração caso haja reajuste anual (financeiro e/ou por sinistralidade) ou ainda em qualquer época por mudança de faixa etária, conforme definido na página 15/16.				<b>R\$185,72</b>
Valor total dos proponentes a ser cobrado diretamente pela Administradora.				

### Taxa de Angariação - Corretagem

A cobrança de eventual remuneração pelos serviços de corretagem prestados em razão da captação, aproximação e obtenção do resultado útil na contratação do plano de saúde quando proposta pelo Corretor Angariador e **ACEITA** pelo **Proponente**, não se confunde e/ou substitui e/ou exclui o pagamento da primeira mensalidade devida pela cobertura assistencial aqui contratada, assim como não antecipará e/ou modificará o início da vigência previsto na folha **05/20** desta Proposta.

Declaro que possuo plena ciência de que a taxa de angariação paga ao angariador nesta data, em decorrência da prestação de serviços deste nesta contratação, possui valor diverso e inferior ao valor da mensalidade do plano de saúde por mim contratado.

Declaro estar ciente e de acordo que o valor da primeira mensalidade do plano contratado será cobrado exclusivamente pela Administradora, por intermédio de boleto bancário ou débito em conta corrente, no valor fixado na folha **06/20**.

Declaro estar ciente e de acordo que o início da vigência da cobertura assistencial contratada se dará na data fixada na folha **05/20** desta Proposta, independentemente do pagamento de eventual Taxa de Angariação diretamente ao Corretor.



PROPOSTA DE ADEÇÃO  
AO PLANO DE SAÚDE  
COLETIVO POR ADEÇÃO  
Lei nº 965698

44



AACL  
ASSOCIAÇÃO AUXILIADORA DAS  
CLASSES LABORIOSAS

ANS - nº 41444-1

ANS - nº 34.014-6

## Cobrança

S

### Boleto bancário

**Atenção:** A Administradora de Benefícios disponibiliza por e-mail o boleto bancário para pagamento do benefício.

N

Autorizo o envio das faturas mensais através de e-mail e SMS em meus contatos informados abaixo, em substituição do envio do boleto bancário através dos correios.

Celular

e-mail

N

### Débito automático em conta-corrente

Somente para os bancos autorizados pela HTS  
(consulte-os em nosso site)

Autorizo o banco indicado abaixo a debitar em minha conta-corrente, abaixo discriminada, por tempo indeterminado, o valor informado pela HEALTHCARE TRUST SERVICE - CONSULTORIA EM NEGÓCIOS DE SAÚDE., através de meios magnéticos, na(s) respectiva(s) data(s) de vencimento, conforme disposto na página 7/20 desta proposta, submetendo-me às normas internas daquela instituição financeira.

### Dados bancários do titular

Nº do banco

Banco

Nº da agência

Dígito

Nº da conta-corrente

Dígito

Após a aceitação desta proposta de adesão, a primeira mensalidade será cobrada pela administradora, diretamente do proponente titular ou responsável financeiro do contrato, através de boleto bancário ou débito em conta corrente, de acordo com os valores aqui definidos.

Os dados informados serão preservados pela HEALTHCARE TRUST SERVICE - CONSULTORIA EM NEGÓCIOS DE SAÚDE, sendo utilizados única e exclusivamente para os fins desta Proposta, sendo vedada a sua comercialização e ou divulgação sem a anuência do cliente.

Estou ciente e autorizo, reconhecendo como válida e eficaz, que a Administradora de Benefícios faça todo tipo de comunicação relacionada ao plano contratado, incluindo, mas não se limitando a avisos, alertas, cobranças, comunicados de inadimplência, suspensão e/ou cancelamentos, dentre outros, por meio eletrônico, podendo ser por whats app, e-mail, SMS, ou outro meio eletrônico disponível. Para tanto, me comprometo a manter meus dados cadastrais sempre atualizados junto à Administradora de Benefícios.



## 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 de que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela Operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo dessa opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por 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 essa doença ou lesão.

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

A Operadora não poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isso ocorra, encaminhe a denúncia à ANS. A Operadora deverá oferecer: Cobertura Total ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), podendo ainda oferecer o Agravio, que é um acréscimo no valor da mensalidade pago ao plano privado de assistência à saúde para que se possa utilizar toda a cobertura contratada após os prazos de 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, endoscopia etc.\*), **exclusivamente** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.

**Não** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carência estabelecidos no contrato.

**Não** caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da Operadora para essa doença ou lesão.





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

A Operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, nesse 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** poderão 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, 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](http://www.ans.gov.br) - Perfil "Beneficiário". Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - **[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil "Beneficiário".****

Beneficiário (Proponente Titular ou Responsável)

Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

Nome: TESTE WELLINGTON

Nome: fco jose

CPF: 04505416305

CPF: 04505416305



## Declaração de Saúde

**1.** 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. **2.** A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes como sendo aquelas que V.Sa. tenha conhecimento, no momento da assinatura desta **Proposta Contratual**, com relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes. **3.** Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, é-lhe oferecida, pela **operadora**, a seguinte opção: **Cobertura Parcial Temporária** – na qual o beneficiário não terá direito aos Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença e/ou à lesão declarada(s) por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses. **4.** Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas até que a **operadora** apresente as provas concretas à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou a lesão no preenchimento desta declaração. Até a decisão da ANS, não haverá suspensão do benefício nem do atendimento. **5.** A omissão de informação sobre a existência de doença e/ou lesão preexistente que 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 da 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.**



## PROPOSTA DE ADESAO AO PLANO DE SAÚDE / DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Item	Em relação aos quesitos abaixo solicitamos que informe se sofre ou já sofreu de alguma doença relacionada, respondendo (sim) ou (não).	Tit	1º Dep	2º Dep	3º Dep	4º Dep	5º Dep
1	Aparelho Cardiovascular (Angina, Infarto, Hipertensão, Doença Reumática e Chagas, outras Valvulopatias, Aneurismas), já foi submetido a algum tratamento?	N					
2	Aparelho Digestivo (Vesícula, Fígado, Pâncreas, Esôfago, Intestino e Outros)?	N					
3	Aparelho Gêrito-Urinário (Cálculos, Ureter, Bexiga, Próstata, Infecção Urinária e Outras)?	N					
4	Aparelho Respiratório (Asma, Bronquite, Enfisema, Pneumonia, Tuberculose e Outras)?	N					
5	Problemas Gineco-Obstréticos (Infertilidade, Distúrbios Menstruais, Gravides, Períneo, Mioma, Cistos de Ovários e Trompas, Complicações no parto, Sangramento ou Endometriose)?	N					
6	Doenças Oculares (Deficiência Visual, Astigmatismo, Miopia, Catarata, Glaucoma, Estrabismo e outros)?	N					
7	Distúrbios Mentais e do Comportamento (Nervosismo, Ansiedade, Depressão, Esquizofrenia, Neurose, Ingestão de Álcool ou Drogas, Outros)?	N					
8	Doenças de veias e artérias (Varizes, Trombose, Aneurismas)?	N					
9	Doenças dos órgãos genitais masculinos (Próstata, Hidroceles, Outros)?	N					
10	Doenças endócrinas ou metabólicas (Diabetes, Tireoide, Suprarrenal, Hipófise e Outras)?	N					
11	Doenças da mama (Cistos, Displasias, Outros)?	N					
12	Doenças do sistema imune (Lúpus, Artrite Reumatoide, Outras)?	N					
13	Doenças neurológicas (Derrame, Paralisia, Epilepsia, Desmaios, Parkinson, Outras)?	N					
14	Hérnias de qualquer natureza (Inguinal, Umbilical, Outras)?	N					
15	Problemas Hematológicos (Anemia, Leucemia, Coagulopatias, Outras)?	N					
16	Malformações congênitos ou adquiridas?	N					
17	Doenças otorrinolaringológicas (OTITE, Sinusite, Amigdalite, Rinite, Faringite, Vertigem, Outras)?	N					
18	É portador ou têm sequela de alguma doença neoplásica (Câncer), já fez alguma cirurgia, quimioterapia ou radioterapia)?	N					
19	Doenças do aparelho Osteolocomotor (Hérnia de disco, Escoliose, Artrite, Artrose, Joanete, Osteomielite, Outras)? Já necessitou de cirurgia, ou fisioterapia?	N					
20	É portador ou tem sequela de doença infectocontagiosa (AIDS ou DST's, Hepatite, Tuberculose, Meningite, Outras)?	N					
21	Tem algum tratamento clínico cirúrgico indicado e ainda não realizado?	N					
22	Deficiência de órgãos, membros ou sentidos?	N					
23	Teve alguma internação clínica ou fez alguma cirurgia nos últimos 12 meses? Qual o motivo?	N					
24	Teve algum acidente que tenha deixado alguma sequela ou necessite de algum tratamento médico?	N					



Item	Em relação aos quesitos abaixo solicitamos que informe se sofre ou já sofreu de alguma doença relacionada, respondendo (sim) ou (não).						Tit	1º Dep	2º Dep	3º Dep	4º Dep	5º Dep
25	História de câncer, hipertensão, infarto ou diabetes na família?						N					
26	História de alergias?						N					
27	Alguma não relacionada acima? Qual?						N					
28	Peso:	43	Altura:	1.7	IMC:	14.88						
	Peso:		Altura:		IMC:	0						
	Peso:		Altura:		IMC:	0						
	Peso:		Altura:		IMC:	0						
	Peso:		Altura:		IMC:	0						
	Peso:		Altura:		IMC:	0						
	Peso:		Altura:		IMC:	0						

OBS.: SE QUALQUER DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO ACIMA FOR SIM, ESCLAREÇA ABAIXO:

Nº ITEM	Nº TITULAR/DEPENDENTE	ESPECIFICAR
Nome do proponente:		Assinatura do proponente:
<b>ESTREVISTA QUALIFICA</b>		

- a) | ☒ | Declaro que fui orientado por médico referenciado da OPERADORA no Preenchimento da Declaração de Saúde acima.
- b) | ☐ | Declaro que fui orientado pelo meu médico Particular no Preenchimento da Declaração de Saúde acima.
- c) | ☐ | Declaro ter conhecimento de todas as perguntas da Declaração de Saúde acima e que dispensei orientação médica para responder às mesmas assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

#### DEFINIÇÃO DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA E DE AGRAVO

I 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;

II Agravo como qualquer acréscimo no valor da contratação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.



## CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO COLETIVO POR ADESAO

1. Este instrumento é meu Contrato de Adesão (a "**Proposta**") aos contratos de plano de assistência à saúde e odontológico, coletivos por adesão (os "**benefícios**"), celebrado entre a HEALTHCARE TRUST SERVICE - CONSULTORIA EM NEGÓCIOS DE SAÚDE. (a "**Administradora de Benefícios**") e a **ASSOCIAÇÃO AUXILIADORA DAS CLASSES LABORIOSAS** (a "**Operadora**") indicada na página 2 desta Proposta e destinados à população que mantenha vínculo com a minha "Entidade", que é a Pessoa Jurídica indicada na página **01/20** desta **Proposta**.

2. Somente serão aceitos como **dependentes** o cônjuge ou companheiro(a) desde que comprove esta condição legalmente; os filhos menores, naturais até 21 (vinte e um) anos ou até 24 (vinte e quatro) anos se estiverem cursando a Universidade; os filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo usuário adotante, nos termos do art. 12, VII, da Lei nº 9.656/98.

3. Sou o único **responsável** pelos documentos e informações fornecidos por mim e por meu(s) dependente(s) sobre toda e qualquer circunstância que possa influir na aceitação desta **Proposta**, na manutenção ou no valor mensal dos **benefícios**, sabendo que **omissões ou dados incorretos** acarretarão perda de todos os meus direitos, bem como o(s) do(s) meu(s) dependente(s), decorrente(s) dos **benefícios**.

4. Aceita esta Proposta, o(s) **benefício(s)** será(ão) disponibilizado a partir da data indicada no campo "Início da Vigência", consta na página **1/20** da presente, e tanto eu quanto meu(s) dependente(s) indicado(s) passaremos a ser denominado "beneficiários".

5. Assumindo a condição de **beneficiário**, ficam outorgados à **Administradora de Benefícios** amplos poderes para me representar, assim como o(s) meu(s) **beneficiário(s) dependente(s)**, perante a(s) **Operadora(s)** e outros órgãos, em especial a **ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar**, no cumprimento e/ou nas alterações destes **benefícios**, bem como nos reajustes dos seus valores mensais.

6. Tenho ciência de que a vigência indicada na página **01/20** desta proposta está de acordo com o período de adesão informado na página **05/20** e não se confunde com a vigência do contrato coletivo por adesão entre Administradora de Benefícios e Operadora, que ocorre todo mês de **Novembro**.

7. Poderei, assim como meu(s) **beneficiário(s) dependente(s)**, utilizar o(s) benefício(s) por meio dos prestadores próprios ou credenciados da(s) **Operadora(s)**, respeitadas as **condições contratuais** e as disponibilidades dos planos, conforme definidas com a **Entidade**. Estou ciente de que, para todos os planos destes contratos coletivos, a(s) **Operadora(s)** poderá(ão) se utilizar do direcionamento, do referenciamento ou da hierarquização de acesso para os procedimentos de alta complexidade e/ou de alto custo e/ou internações, preferencialmente para sua rede própria de prestadores.

8. A Operadora assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela Operadora.

9. Os benefícios de planos de assistência à saúde e odontológico estão relacionados no "Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde" e suas diretrizes, instituídos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no tratamento das doenças codificadas na versão 10 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), observadas as condições gerais deste(s) benefício(s).

10. As **coberturas excluídas** do benefício de plano de assistência à saúde e odontológico são aquelas citadas na Lei nº 9.656/98 e as não incluídas no "Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde" e suas diretrizes da **Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**.

11. Tenho ciência dos prazos de **carência** para utilização dos **benefícios**, conforme tabela indicativa a seguir, o qual a contagem se iniciará a partir do início da vigência do benefício, conforme página **5/20**. Para efeitos da isenção de carências, deve-se observar as normas regulamentares da **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS** e a legislação em vigor e, se houver redução de carências, deve-se observar o **Aditivo de Redução de Carências**, que acompanha a Proposta.

12. Havendo na "**Declaração de Saúde**" a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), poderá ser aplicada pela(s) **Operadora(s)** a **Cobertura Parcial Temporária (CPT)**, a qual admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de **início de vigência** do(s) benefício(s), a suspensão da cobertura para **Procedimentos de Alta Complexidade (PAC)**, desde que relacionados à(s) doença(s) ou à lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

13. A realização de: (I) exames de alta complexidade; (II) internações; (III) remoções; (IV) procedimentos especiais; depende de **autorização prévia** da **Operadora**.

14. As características do(s) **benefício** relativas a: (I) segmentação assistencial; (II) acomodação em internação; e (III) abrangência geográfica estão definidas nas páginas **1, 2 e 3** desta **Proposta Contratual**, assim como a área de comercialização;



15. Nas internações psiquiátricas, o custeio integral será de 30 (trinta) dias de internação. A partir deste período, além da coparticipação regular, prevista nesta proposta para qualquer internação, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 01 (um) ano de Contrato.

16. Tenho ciência que devo comunicar expressa e imediatamente à **Administradora de Benefícios** (I) toda e qualquer alteração cadastral, tais como exclusão e/ou inclusão de dependentes, mudança de endereço, correção de informações, etc.; (II) a perda ou extravio da carteirinha de identificação; e (III) a perda do vínculo que mantenho com a Entidade.

17. Tenho ciência que devo comunicar expressamente à **Administradora de Benefícios** o **pedido de minha exclusão do plano** através dos seguintes canais de atendimento: **I.** Central de Atendimento ao Cliente; **II.** Site da HTS: [www.h2ubeneficios.com.br](http://www.h2ubeneficios.com.br); e **III.** Presencial nos endereços da HEALTHCARE TRUST SERVICE - CONSULTORIA EM NEGÓCIOS DE SAÚDE disponíveis no site.

18. Tenho ciência que a solicitação do cancelamento do plano deverá ser formalizada à **Operadora** ou à **Administradora de Benefícios**, que tomará as medidas cabíveis, em conformidade com a Resolução Normativa nº 412, de 10 de novembro de 2016, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

19. Tenho ciência de que o cancelamento do plano não me isentará da cobrança dos valores referentes a minha coparticipação e de meus dependentes e as despesas pela utilização dos benefícios após o cancelamento do plano.

20. Tenho ciência que, a **data de vencimento** da mensalidade do(s) meu(s) plano(s) será aquela indicada na página 7/20 desta **Proposta**, e o atraso no pagamento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do(s) beneficiário(s), mais acréscimo de mora diária de 0,0333% (zero virgula zero três três três por cento) sobre o valor total do(s) benefício(s).

21. Tenho ciência que, caso não ocorra a quitação da mensalidade em até 02 (dois) dias a contar da data do vencimento original da mensalidade, independente de aviso prévio, poderá ocorrer a **suspensão** do(s) benefício(s), cuja utilização somente será restabelecida em até **05 (cinco) dias**, a partir da quitação integral do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados.

22. Tenho ciência que a inadimplência por período superior a **30 (trinta) dias** após o **vencimento original da mensalidade**, acarretará a **exclusão** do titular e seus dependentes do plano de saúde tratados no presente instrumento de adesão.

23. Poderei postular nova adesão ao(s) **benefício(s)** após feita nova análise e **aceitação** das condições de minha **elegibilidade**. A nova adesão poderá estar sujeita ao cumprimento de **novos prazos de carência parciais ou totais**, de acordo com os normativos da legislação em vigor.

24. No caso de inadimplência do valor mensal do(s) **benefício(s)**, inclusive dos valores de coparticipação, se for o caso, por período **superior a 30 (trinta) dias**, a contar da data de seu vencimento, a **Administradora de Benefícios** poderá usar todos os meios legais e necessários para obter a cobrança dos valores em atraso, gerando, inclusive, a inscrição desta informação nos **Serviços de Proteção ao Crédito**.

25. Em caso de cancelamento do(s) benefício(s), devolvarei imediatamente à **Administradora de Benefícios** os cartões de identificação do(s) **beneficiário(s)**, assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida do(s) **benefício(s)**, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o meu conhecimento.

26. Não haverá nenhuma continuidade deste(s) benefício(s), nas hipóteses previstas nos **artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98**, que cuidam da continuidade assistencial em casos de demissão e aposentadoria em contratos coletivos empresariais, hipóteses essas totalmente diversas das que se aplicam a este(s) benefício(s).

27. O valor mensal do(s) benefício(s) poderá sofrer os seguintes reajustes: (I) reajuste financeiro e/ou por índice de sinistralidade, que ocorre anualmente na data de aniversário do contrato firmado entre a Administradora de Benefícios e a Operadora ou na menor periodicidade permitida em lei, independentemente da data da minha adesão a esta proposta, para atualização monetária e pela alteração de custos, utilização dos serviços médicos e uso de novas tecnologias; (II) **reajuste por mudança de faixa etária**, que ocorre quando o beneficiário titular ou dependente completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava, conforme tabela a seguir. O reajuste por mudança de faixa etária não se aplica ao benefício de plano de assistência odontológica; e (III) reajuste(s) em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**.



## Reajuste por faixa etária

FAIXA ETÁRIA	AUMENTO
Até 18 anos	0,00 %
De 19 a 23 anos	10%
De 24 a 28 anos	10%
De 29 a 33 anos	30%
De 34 a 38 anos	10%
De 39 a 43 anos	15%
De 44 a 48 anos	25%
De 49 a 53 anos	30%
De 54 a 58 anos	30%
59 anos ou mais	42,3%

28. Tenho ciência que devo encaminhar prontamente à **Administradora de Benefícios** e/ou à(s) Operadora(s), quando qualquer uma delas solicitar documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas;

29. Tenho ciência que devo informar imediatamente a administradora de benefícios a eventual perda de vínculo que mantenho com a entidade indicada;

30. Poderia **desistir** desta **Proposta**, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja **comunicada por escrito** à **Administradora de Benefícios** no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de minha assinatura neste instrumento;

31. O Foro para dirimir quaisquer questões oriundas da presente **Proposta** é o do meu domicílio.

## TERMO DE DECLARAÇÃO, CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO

1. Este instrumento é meu Contrato de Adesão (a "**Proposta**") ao contrato de plano de assistência saúde e odontológico coletivo por adesão (os "**benefícios**"), celebrado entre a **HEALTHCARE TRUST SERVICE - CONSULTORIA EM NEGÓCIOS DE SAÚDE**. (a "**Administradora de Benefícios**") e a **ASSOCIAÇÃO AUXILIADORA DAS CLASSES LABORIOSAS**, (a "**Operadora**") e destinado à população que mantenha vínculo com a minha "**Entidade**", que é a Pessoa Jurídica indicada na página **1/20** desta **Proposta**.

2. Tenho ciência de que a rede credenciada está disponível nos sites da operadora ([www.classeslaboriosas.org.br/](http://www.classeslaboriosas.org.br/)).

3. Declaro que tenho ciência de que o **Rol de Procedimentos Médicos** tem sua atualização sob responsabilidade da **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS** e está disponível no site: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) e acessível por meio do site das operadoras.

4. Declaro estar ciente de que o cancelamento do meu plano não me isentará de quitar o valor referente à minha **coparticipação** e de meus dependentes, nem mesmo as despesas pela utilização dos benefícios após o cancelamento do plano.

5. Declaro que a **Administradora de Benefícios** apresentou como primeira opção de contratação o **Plano Referência**, que possui, dentre as suas características, cobertura integral para todos os eventos não preexistentes caracterizados nos termos da **Lei nº 9.656/98**, como urgência e emergência, a partir de 24 horas de vigência contratual, e que, após os esclarecimentos sobre o referido plano, optei pela contratação do(s) plano(s) mencionados na página **2** desta proposta.



## Carências Contratuais

### 1. Prazos de Carências

**1.1** Os prazos de carências a ser cumpridos serão aqueles contratualmente previstos, que poderão, eventualmente, ser reduzidos, em decorrência de participação anterior do beneficiário (titular ou dependente) em planos de saúde equivalentes (tanto em termos de coberturas como em termos de acomodação hospitalar e abrangência geográfica da cobertura assistencial), conforme quadro demonstrativo abaixo:

Tempo de plano anterior ==>	Até 06 meses (Prazos Contratuais)	De 07 a 12 meses (Tabela 1)	De 13 a 24 meses (Tabela 2)	Mais de 24 meses (Tabela 3)
<b>Grupo de Carências</b>				
<b>0</b>	<b>24 horas</b>	<b>24 Horas</b>	<b>24 Horas</b>	<b>24 Horas</b>
<b>1</b>	<b>30 dias</b>	<b>15 dias</b>	<b>24 horas</b>	<b>24 Horas</b>
<b>2</b>	<b>90 dias</b>	<b>60 dias</b>	<b>30 dias</b>	<b>24 Horas</b>
<b>3</b>	<b>180 dias</b>	<b>150 dias</b>	<b>30 dias</b>	<b>24 Horas</b>
<b>4</b>	<b>180 dias</b>	<b>180 dias</b>	<b>120 dias</b>	<b>90 dias</b>
<b>5</b>	<b>180 dias</b>	<b>180 dias</b>	<b>180 dias</b>	<b>150 dias</b>
<b>6</b>	<b>300 dias</b>	<b>300 dias</b>	<b>300 dias</b>	<b>300 dias</b>

### 2. Para a redução de prazos carências deverão ser observadas as seguintes condições:

- a) plano anterior deve estar em vigor há, no mínimo, 6 meses ininterruptos;  
 b) o plano anterior deve estar ativo ou ter sido cancelado há, no máximo, 30 (trinta) dias;  
 c) o plano anterior deve ser regulamentado e ser plenamente equivalente ao plano a ser contratado, em termos de segmentação assistencial, abrangência geográfica, acomodação hospitalar etc.); d) a documentação comprobatória deve ser apresentada à Operadora, para análise e aprovação, ou não, da redução de prazos carências pretendidas, sendo os seguintes os documentos a ser apresentados (em cópias legíveis):

--- beneficiários oriundos de planos individuais/familiares: comprovante de início de vigência do plano de saúde anterior (cópia do contrato ou Cartão de Identificação em que conste a data de início de vigência contratual; cópia dos 3 (três) últimos boletos de pagamento de mensalidades quitados ou documento formal emitido pela Operadora congênere, comprovando a situação de regularidade;

--- beneficiários oriundos de planos coletivos empresariais ou por adesão: declaração formal da PJ contratante, informando a Operadora contratada, o tipo de plano e o padrão de acomodação hospitalar, além de relação de dependentes incluídos, com as respectivas datas de início e fim de cobertura.





3. Para efeito deste Aditivo, será considerado o quadro geral de carências previsto no item 2.1. da cláusula contratual nº 1 (Períodos de Carências), como segue:

Grupo de Carência	Procedimentos/Eventos Médicos e/ou Hospitalares Cobertos
<b>0</b> <b>24 horas</b>	Atendimentos nos casos de emergência ou de urgência, caracterizados nos termos do artigo 35-C, inciso I ou II, da Lei nº 9.656/98.
<b>1</b> <b>30 dias</b>	Além dos atendimentos descritos acima, o Beneficiário adquire o direito a: a) atendimento, em prontos-socorros, gerais ou especializados, nos casos em que não se configure risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente; b) consultas médicas eletivas; c) exames, realizados em regime ambulatorial, de: análises clínicas em sangue, fezes e urina; radiologia simples (não contrastada); eletrocardiograma.
<b>2</b> <b>90 dias</b>	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/eventos, realizados em regime ambulatorial: a) mamografia; b) endoscopia digestiva alta; c) teste ergométrico; d) ultrassonografias; e) eletroencefalografia; exames oftalmológicos; e) fisioterapia.
<b>3</b> <b>120 dias</b>	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/ eventos, realizados em regime ambulatorial: a) demais exames de análises clínicas; b) cirurgias ambulatoriais de porte zero (com anestesia local); c) exames de anatomia patológica, colpocitologia e citopatologia, d) exames endoscópicos (cistoscopia, colonoscopia, broncoscopia, retossigmoidoscopia); e) provas de função pulmonar; líquido; mapeamento de retina; f) exames angiológicos de Doppler; fluxometria e investigação vascular ultrassônica; ecocardiografia; g) Holter; h) eletroneuromiografia. i) exames de citologia oncótica (papanicolau); j) densitometria óssea; l) exames radiológicos contrastados.
<b>4</b> <b>180 dias</b>	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito a: a) internações, clínicas e cirúrgicas, com exceção do previsto nos Grupos de Carência 5 e 6; b) laparoscopia c) tomografia computadorizada; d) coronariografia; ressonância magnética; e) tomografia computadorizada; e) com exceção daqueles previstos no Grupo de Carência 5, todos os demais exames para diagnóstico e tratamentos terapêuticos contratualmente cobertos.
<b>5</b> <b>180 dias</b>	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito a: a) consultas/sessões com Psicólogo e/ou Terapeuta Ocupacional; b) consultas / sessões com Fonoaudiólogo; c) consultas/sessões com Terapeuta Ocupacional; d) consultas/sessões com Nutricionista; e) sessão de psicoterapia; f) diálise e hemodiálise em pacientes crônicos; g) procedimentos, clínicos ou cirúrgicos, relacionados aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou implantes e suas consequências; h) internações hospitalares psiquiátricas; i) internações hospitalares de portadores de doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória, inclusive AIDS; j) hemodinâmica e angiografia digital; transfusões e hemoderivados; l) neurocirurgia e cirurgia cardíaca, acidente vascular cerebral; m) angioplastias em geral; n) quimioterapia e radioterapia; o) procedimentos cobertos com diretrizes de utilização, conforme definidos no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS (tais como cirurgias esterilizantes, cirurgia refrativa, cirurgia bariátrica, dermolipectomia); p) procedimentos exclusivamente relacionados a planejamento familiar.
<b>6</b> <b>180 dias</b>	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, a Beneficiária, titular ou dependente, adquire o direito à cobertura de partos a termo.

#### 4. O Beneficiário titular, por si ou pelo seu representante legal, declara:

- ter recebido cópia deste Aditivo, estando de acordo com os seus termos;
- estar ciente de que a possibilidade de redução de carências será analisada de forma individual, para cada beneficiário (titular ou dependente), e de que essa possibilidade está subordinada à análise e aprovação de documentos por parte da Operadora;
- estar ciente, também, de que os beneficiários que não se enquadrarem nas condições descritas neste Aditivo e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente os prazos carências contratuais.



## Termo aditivo de redução de carência promocional

Tempo de carência anterior	Até 06 meses – Carência Contratual	Redução Adesão Promocional
0	24 Horas	24 Horas
1	30 dias	24 Horas
2	90 dias	24 Horas
3	120 dias	24 Horas
4	180 dias	90 dias
5	180 dias	150 dias
6	300 dias	300 dias

Tempo	Até 06 meses – Carência Contratual
0	Atendimentos nos casos de emergência ou de urgência, caracterizados nos termos do artigo 35-C, inciso I ou II, da Lei nº 9.656/98.
1	Além dos atendimentos descritos acima, o Beneficiário adquire o direito a: a) atendimento, em prontos-socorros, gerais ou especializados, nos casos em que não se configure risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente; b) consultas médicas eletivas; c) exames, realizados em regime ambulatorial, de: análises clínicas em sangue, fezes e urina; radiologia simples (não contrastada); eletrocardiograma.
2	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/eventos, realizados em regime ambulatorial: a) mamografia; b) endoscopia digestiva alta; c) teste ergométrico; d) ultrassonografias; e) eletroencefalografia; exames oftalmológicos; e) fisioterapia.
3	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/ eventos, realizados em regime ambulatorial: a) demais exames de análises clínicas; b) cirurgias ambulatoriais de porte zero (com anestesia local); c) exames de anatomia patológica, colpocitologia e citopatologia; d) exames endoscópicos (cistoscopia, colonoscopia, broncoscopia, retossigmoidoscopia); e) provas de função pulmonar; líquido; mapeamento de retina; f) exames angiológicos de Doppler; fluxometria e investigação vascular ultrassônica; ecocardiografia; g) Holter; h) eletroencefalografia; i) exames de citologia oncológica (papanicolau); j) densitometria óssea; l) exames radiológicos contrastados.
4	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito a: a) internações, clínicas e cirúrgicas, com exceção do previsto nos Grupos de Carência 5 e 6; b) laparoscopia c) tomografia computadorizada; d) coronariografia; ressonância magnética; e) tomografia computadorizada; e) com exceção daqueles previstos no Grupo de Carência 5, todos os demais exames para diagnóstico e tratamentos terapêuticos contratualmente cobertos.
5	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito a: a) consultas/sessões com Psicólogo e/ou Terapeuta Ocupacional; b) consultas / sessões com Fonoaudiólogo; c) consultas/sessões com Terapeuta Ocupacional; d) consultas/sessões com Nutricionista; e) sessão de psicoterapia; f) diálise e hemodiálise em pacientes crônicos; g) procedimentos, clínicos ou cirúrgicos, relacionados aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou implantes e suas consequências; h) internações hospitalares psiquiátricas; i) internações hospitalares de portadores de doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória, inclusive AIDS; j) hemodinâmica e angiografia digital; transfusões e hemoderivados; l) neurocirurgia e cirurgia cardíaca, acidente vascular cerebral; m) angioplastias em geral; n) quimioterapia e radioterapia; o) procedimentos cobertos com diretrizes de utilização, conforme definidos no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS (tais como cirurgias esterilizantes, cirurgia refrativa, cirurgia bariátrica, dermolipectomia); p) procedimentos exclusivamente relacionados a planejamento familiar.
6	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, a Beneficiária, titular ou dependente, adquire o direito à cobertura de partos a termo.



PROPOSTA DE ADESAO  
AO PLANO DE SAUDE  
COLETIVO POR ADESAO  
Lei nº 965698

44



**AACL**  
ASSOCIAÇÃO AUXILIADORA DAS  
CLASSES LABORIOSAS

ANS - nº 41444-1

ANS - nº 34.014-6

## FICHA ASSOCIATIVA

## Dados do Associado

Nome Completo do Associado  
TESTE WELLINGTON

CPF\*  
04505416305

Data de Nascimento  
05/06/1991

## Dados de contato

CEP  
07095010

Logradouro  
RUA ARMINDA DE LIMA

Logradouro (continuação)

Número  
325

Complemento  
B

Bairro\*  
CENTRO

Município\*  
GUARULHOS

UF  
SP

DDD Telefone Residencial

DDD  
85

Telefone Celular  
997329876

DDD Telefone Comercial

Ramal

E-mail

we.silveira@outlook.com

## TERMO DE ASSOCIAÇÃO SINTRAMMAR SANTOS

Pelo presente, tendo em vista que com minha atividade profissional eu atendo os requisitos de filiação previstos no Estatuto Social da **SINTRAMMAR (CNPJ: 58.200.295/0001-56)**, solicito minha inscrição, estando ciente que essa categoria de Associação não poderá votar nem ser votado para qualquer cargo da Entidade.

Declaro estar ciente que a **SINTRAMMAR (CNPJ: 58.200.295/0001-56)** é uma entidade sem fins lucrativos e que minha contribuição mensal visa a manutenção da entidade, bem como possibilita a utilização dos benefícios proporcionados pelos convênios celebrados pela **SINTRAMMAR (CNPJ: 58.200.295/0001-56)**.

Sou responsável pela veracidade das declarações e informações acima prestadas e declaro que estou ciente de tais ações, e que esta ação, me possibilita a aquisição do serviço contratado nesta proposta.

Estou ciente e concordo com a cobrança mensal da contribuição, no valor atual de **R\$ 3,50 (três reais e cinquenta centavos) por mês**, a qual estará incluída na mensalidade e estará sujeita ao reajuste anual. Esse pagamento é feito juntamente com o custo do serviço contratado, no mesmo boleto.



PROPOSTA DE ADEÇÃO  
AO PLANO DE SAÚDE  
COLETIVO POR ADEÇÃO  
Lei nº 965698

44



AACL  
ASSOCIAÇÃO AUXILIADORA DAS  
CLASSES LABORIOSAS

ANS - nº 41444-1

ANS - nº 34.014-6

Após a leitura e total concordância com as condições prévias para a aceitação desta Proposta Contratual, declaro que todas as informações e documentos por mim apresentados são autênticos, sendo de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão e a do(s) meu(s) dependente(s), indicada(s) nas páginas 3, 4 e 5 desta Proposta, ao benefício.

Declaro ter recebido, lido e compreendido, neste ato, o “Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde”, e a cópia da presente “Proposta”, da “Carta de Orientação ao Beneficiário” e da “Declaração de Saúde”, e estou ciente de que os cartões de identificação do(s) beneficiário(s) e a lista de prestadores médico-hospitalares, de responsabilidade da Operadora, bem como o “Guia de Leitura Contratual (GLC)”, serão enviados a mim tão logo eu e meu(s) dependente(s) tenhamos sido aceitos e nossos registros estejam regularizados na Operadora. O Guia de Leitura Contratual (GLC) e o Manual para Contratação do Plano de Saúde (MPS) constam neste documento ou podem ser consultados diretamente na operadora: **Classes Laboriosas:** [www.classeslaboriosas.org.br](http://www.classeslaboriosas.org.br).

Estou ciente que o início da vigência e da cobertura assistencial do plano escolhido por meio desta proposta se dará no prazo definido no quadro de vigência contido neste contrato e está condicionada à comprovação de minha elegibilidade na entidade com a qual mantenho vínculo.

Em caso de dúvida, ligue para a Central de Atendimento HTS:

**11 4118-2734**

**[www.h2ubeneficios.com.br](http://www.h2ubeneficios.com.br)**