

Formulário de Adesão/Movimentação do Beneficiário

Proposta nº

Operadora:



V. 2020.07.1

ASSECAD

Orgão

ASSECAD – ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO DO ESTADO DO TOCANTINS.

Alteração Cadastral

☐ Sim
☐ Não

Inclusão

☐ Titular
☐ Dependente

Exclusão

☐ Titular
☐ DependenteMovimentação de Plano
Informar opção no item 3☐ Upgrade ☐ Downgrade

Aniv. do Contrato Agosto

Início da cobertura

01/14

1. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome Completo	TESTE WELLINGTON								
Data de Nascimento	05/06/1991	RG		Órgão Expedidor		Data de Emissão		CPF	04505416305
Sexo	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil	Solteiro	DNV ¹		CNS ²	33333		
Pis/Pasep		E-mail	we.silveira@outlook.com						
Endereço Residencial	AVENIDA CONTORNO					325	B		
Cidade		UF	TO	CEP	77060334	Telefone residencial		Telefone celular	997329876
Nome da mãe do proponente titular	RITA ERENICE								

2. DEPENDENTES

1	Nome Completo		Data de Nascimento									
	Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil		Parentesco		RG		Órgão Exp.		Data de Exp.	
	CPF		DNV ¹		CNS ²		Nome da mãe					
2	Nome Completo		Data de Nascimento									
	Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil		Parentesco		RG		Órgão Exp.		Data de Exp.	
	CPF		DNV ¹		CNS ²		Nome da mãe					
3	Nome Completo		Data de Nascimento									
	Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil		Parentesco		RG		Órgão Exp.		Data de Exp.	
	CPF		DNV ¹		CNS ²		Nome da mãe					
4	Nome Completo		Data de Nascimento									
	Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil		Parentesco		RG		Órgão Exp.		Data de Exp.	
	CPF		DNV ¹		CNS ²		Nome da mãe					
5	Nome Completo		Data de Nascimento									
	Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil		Parentesco		RG		Órgão Exp.		Data de Exp.	
	CPF		DNV ¹		CNS ²		Nome da mãe					
6	Nome Completo		Data de Nascimento									
	Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil		Parentesco		RG		Órgão Exp.		Data de Exp.	
	CPF		DNV ¹		CNS ²		Nome da mãe					

¹DNV é a Declaração de Nascido Vivo (Certidão de Nascimento)Informação obrigatória para nascidos a partir de jan/2010. ²CNS é a Carteira Nacional de Saúde. Estas são exigências da ANS através da RN Nº 250/11

Parentesco: 1- Cônjuge/Companheiro(a) 2- Filho(a) 3- Outros

Sexo: M- Masculino | F- Feminino Estado civil: 1- Solteiro | 2- Casado | 3- Viúvo | 4- Divorciado | 5- Separado Judicialmente | 6- Outros

Local e Data: _____/_____/_____

Assinatura do Proponente Titular/Responsável Legal

3. PRODUTOS

02/14

LINHA DE PRODUTOS UNIMED PALMAS

ÁREA DE ABRANGÊNCIA: MUNICIPAL

Linha de Produtos / ANS	Segmentação	Acomodação	Abrangência	Característica
<input type="checkbox"/> Afinity/Palmas / 484.027/19-5	amb. + hospitalar + obstetrícia	Enfermaria	Municipal	com coparticipação
<input type="checkbox"/> Afinity/Palmas Plus / 484.026/19-7	amb. + hospitalar + obstetrícia	Apartamento	Municipal	com coparticipação
<input type="checkbox"/> Uniclasses/Palmas / 484.025/19-9	amb. + hospitalar + obstetrícia	Enfermaria	Municipal	com coparticipação

LINHA DE PRODUTOS UNIMED PALMAS

ÁREA DE ABRANGÊNCIA: Nacional

Linha de Produtos / ANS	Segmentação	Acomodação	Abrangência	Característica
<input type="checkbox"/> Afinity / Brasil / 484.040/19-2	amb. + hospitalar + obstetrícia	Enfermaria	Nacional	com coparticipação
<input type="checkbox"/> Afinity/ Brasil Plus / 484.038/19-1	amb. + hospitalar + obstetrícia	Apartamento	Nacional	com coparticipação
<input type="checkbox"/> Uniclasses Brasil / 484.041/19-1	amb. + hospitalar + obstetrícia	Enfermaria	Nacional	com coparticipação
<input type="checkbox"/> Uniclasses Brasil Plus / 484.039/19-9	amb. + hospitalar + obstetrícia	Apartamento	Nacional	com coparticipação

Declaração - Plano Referência.

Declaro que me foi ofertado, como primeira opção de contratação, o Plano Referência Unimed Palmas, de acordo com a Lei nº 9.656/98 e alterações posteriores, mas optei pela contratação do Plano selecionado anteriormente, conforme assinalado por mim no item acima.

Assinatura do titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

4. ADESÃO E VIGÊNCIA

Data de assinatura da proposta	Data do início da vigência e da cobertura assistencial	Vendimento do boleto / Débito automático
01 a 15	Dia 01 do primeiro mês subsequente	Todo dia 10 de cada mês**
16 a 31	Dia 01 do segundo mês subsequente	Todo dia 10 de cada mês**

** Em caso de pagamento em débito em conta a Administradora concederá por mera deliberalidade 05 dias a contar da data de vencimento do boleto bancário para o débito em conta corrente.
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.

Local e Data: _____/_____/_____

Assinatura do Proponente Titular/Responsável Legal

5. VALORES DO PLANO NA IMPLANTAÇÃO (para titulares e dependentes)

Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Dep. 5	Dep. 6	Valor Total
							R\$ 495,22

6. COBRANÇA☒**Boleto bancário**

Atenção: A Administradora de Benefícios disponibiliza em seu site:
www.allcare.com.br, o boleto bancário para pagamento do benefício.

☐

Autorizo o envio dos boletos 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

☐**Débito automático em conta-corrente**

Somente para os bancos autorizados pela AllCare (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 AllCare Administradora de Benefícios São Paulo Ltda., através de meios magnéticos, na(s) respectiva(s) data(s) de vencimento, 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 definidos.

Local e Data: _____/_____/_____

Assinatura do Proponente Titular/Responsável Legal

Carta de Orientação ao Beneficiário

04/14

Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das Operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela Operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamento 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 isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deve oferecer: Cobertura Total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carência contratual.
- 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, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.

Formulário de Adesão/Movimentação do Beneficiário

Proposta nº

Operadora:



05/14

- 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, 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 fone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil "Beneficiário".

Beneficiário

Nome	Local	Data
TESTE WELLINGTON		

Assinatura

Intermediário entre Operadora e Beneficiário

Nome	Local	Data

Assinatura

DECLARAÇÃO DE SAÚDE (ANS RN nº 162, 17/10/2007)

06/14

Com o objetivo de zelar pela sua saúde e prestar serviços assistenciais compatíveis com sua necessidade, solicitamos o preenchimento do questionário abaixo com bastante atenção, observando as informações importantes a seguir:

1. A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo 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, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
2. O preenchimento da Declaração de Saúde deverá ser obrigatoriamente feito de próprio punho pelo proponente titular, em seu nome e de seus dependentes, ou responsável pelo titular quando este for menor de 18 anos.
3. As respostas afirmativas deverão ser esclarecidas pormenorizadamente, informando a data do diagnóstico da doença ou deficiência, os exames e tratamentos realizados e/ou a realizar. Anexando-se relatório(s) médico(s), cópia(s) de exame(s) e/ou receita(s), a análise da Declaração de Saúde será agilizada.
4. O proponente titular ao preencher e assinar a Declaração de Saúde assume a responsabilidade por todas as declarações feitas, inclusive com relação aos dependentes, sendo que a omissão ou inexatidão dará ensejo à perda do direito às coberturas do plano de saúde, podendo ainda ser excluído do plano de saúde pela Operadora, juntamente com seus dependentes, sem prejuízo da cobrança do que for apurado pela utilização indevida, após decisão da ANS, nos termos da Resolução Normativa nº 162, de 17/10/2007.
5. Para o preenchimento da Declaração de Saúde o proponente titular poderá ou não utilizar um médico para sua orientação. Assinale abaixo a sua opção:

☐ 5.1 Declaro ter entendido todas as perguntas da declaração de saúde, não necessitando de profissional médico para respondê-las.

☐ 5.2 Declaro ter sido orientado pelo meu médico particular no preenchimento da declaração de saúde, assumindo o custo correspondente.

☐ 5.3 Declaro ter sido orientado por médico indicado pela Central Nacional Unimed no preenchimento da declaração de saúde, sem ônus desta orientação.

6. A caracterização de doença ou lesão pré-existente e suas consequências, declaradas no processo de admissão ao plano de saúde, e constatadas nesta Declaração de Saúde, determina a obrigatoriedade da CPT - Cobertura Parcial Temporária/ou Agravado, assim definidos:

a) Cobertura Parcial Temporária (CPT): é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Formulário de Adesão/Movimentação do Beneficiário

Proposta nº

Operadora:



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

7. Depois de preenchida esta Declaração de Saúde, e constatada a existência de doença ou lesão preexistente, o proponente assinará termo específico de opção entre Cobertura **Parcial Temporária** ou **Agravo**.

Declaro ter lido e entendido plenamente o texto acima, não necessitando de outros esclarecimentos.

Dados do Declarante

Nome	RG	CPF
TESTE WELLINGTON	2005009191498	04505416305
Assinatura	Data	

Formulário de Adesão/Movimentação do Beneficiário

Proposta nº

Operadora:



Tipo de contrato:		Nº. da Proposta:		
Titular: TESTE WELLINGTON		Peso: 90	Altura: 1.7	
Cód.	Beneficiários (dependentes)	Peso	Altura	Parentesco
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Questionário a ser respondido pelo proponente contratante, de próprio punho, por si e seu (s) dependentes e ou agregado (s).	TITULAR	Responda "S (Sim)" ou "N (Não)"						
ITENS		T	1	2	3	4	5	6
01) Já teve algum plano de saúde? Qual plano? Por quanto tempo?	N							
02) Encontra-se atualmente com algum problema de saúde para o qual está fazendo algum tipo de investigação ou Tratamento médico? Qual? Há quanto tempo? Tratamento?	N							
03) Sofre ou sofreu de alguma doença que o tenha obrigado a hospitalizar-se para tratamento clínico e/ou cirúrgico? Qual? E quando?	N							
04) Sofre ou sofreu de alguma doença crônica ou é portador de alguma má formação congênita de nascimento, tais como: Sínd. de Down, Paralisia Cerebral, outras? Qual (is)? Há quanto tempo tem conhecimento desta doença?	N							
05) Possui alguma deficiência ou incapacidade física ou mental? Foi provocada por Doença ou Acidente?	N							
06) Tem ou teve alguma doença relacionada ao trabalho (LER, DORT, Pneumoconiose, outra (s)? Qual(is)? Há quanto tempo? Qual foi o tratamento?	N							
07) Está afastado ou já esteve afastado das atividades laborais (para o trabalho) por motivo de doença? Qual doença? Há quanto tempo? Por quanto tempo?	N							
08) Está aposentado? Por motivo de doença? Qual? Há quanto tempo?	N							
09) Sofre ou sofreu de algum tipo de câncer? Especifique.	N							
10) Já submeteu a algum Tratamento de quimioterapia ou radioterapia? Qual (is)? Há quanto tempo ? Cite o Tratamento.								
11) Sofre ou sofreu de doença de pele (manchas, verrugas, nevus, melanoma, alergias, dermatites, eczema, urticaria, vitiligo, nevus "pintas de beleza", cicatrizes, alopecia "queda de cabelo", micoses, melanoma ou outras)? Cite qual (is) e há quanto tempo? Tratamento?								
12) Sofre de hiperidrose (excesso de suor nas mãos, axilas, rosto ou outros locais)? Qual (is) local (is) ? Há quanto tempo? Tratamento?								
13) Sofre ou sofreu de doenças do sangue, tais como: anemia, leucemia, hemofilia, outras. Qual(is)? Há quanto tempo ? Tratamento?								
14) Já se submeteu a alguma transfusão de sangue ou diálise? Quando? Motivo?								
15) É transplantado ou tem indicação de submeter-se a algum tipo de transplante? Especifique:								
16) Sofre ou sofreu de alguma doença neurológica tais como: enxaqueca, desmaio, convulsão, paralisia cerebral, retardo de desenvolvimento psicomotor, acidente vascular cerebral, aneurisma cerebral, paralisia, Mal de Parkinson, esclerose múltipla, epilepsia, neuropatia diabética, Alzheimer, Transtorno do espectro autista, cisticercose, demência, traumatismo craniano ou sequelas? Qual(is) e há quanto tempo? Tratamento (s)?								

Formulário de Adesão/Movimentação do Beneficiário

Proposta nº

Operadora:



09/14

17) Sofre ou sofreu de alguma doença psiquiátrica, tais como: ansiedade, anorexia, bulimia, psicoses ou neuroses, depressão, esquizofrenia, Sínd. do pânico, demência, outras? Qual (is)? Há quanto tempo? Esteve ou está em acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico? Especifique o tratamento.							
18) Faz ou fez Tratamento psiquiátrico em regime de internação? Já se submeteu a Tratamento psiquiátrico/psicológico para alcoolismo e/ou dependência química (drogas)? Qual(is)? Quando? Por quanto tempo?							
19) Sofre ou sofreu de alguma doença do nariz, face, cavidade oral e garganta: desvio de septo, rinite, amigdalite de repetição, adenóide, rinoscoliose (nariz torto), sinusite (s), pólipos de laringe ou das cordas vocais, nódulos de laringe ou cordas vocais ou outra? Qual(is)? Há quanto tempo? Tratamento (s)?							

ITENS	T	1	2	3	4	5	6
20) Sofre ou sofreu alguma doença do ouvido, tais como: surdez, otites, labirintite, outras? Qual (is)? Há quanto tempo? Tratamento?							
21) Sofre de distúrbio do sono ou apneia? Faz tratamento? Qual (is)?							
22) Sofre ou sofreu de alguma patologia bucomaxilofacial, tais como: lesão de ATM, micro ou macrognatia, abscesso dentário, outros. Qual (is)? Há quanto tempo? Tratamento?							
23) Sofre ou sofreu de alguma doença visual? Em qual grau? Ou alguma outra doença relacionada à saúde dos olhos, tais como: estrabismo (olho torto), catarata, cegueira, glaucoma (aumento de pressão do olho), ceratocone, queda de pálpebra, obstrução do canal lacrimal, pterígio (carne sobre o olho, calásio (cisto da pálpebra), deslocamento de retina, inflamação do nervo ocular, ou outra? Qual (is)? Há quanto tempo? Tratamento? Faz uso de lente corretiva?							
24) Sofre ou sofreu de alguma doença do coração como: infarto, angina de peito, insuficiência coronária, hipertensão arterial (pressão alta), arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca, doença de chagas, dislipidemia ou colesterol elevado, ou outra (s)? Qual (is)? Há quanto tempo? Tratamento?							
25) Sofre ou sofreu de doenças vasculares tais como: varizes (esôfago, membros), trombose, aneurisma (aorta, outro), hemorroida, fissura anal, insuficiência arterial de membros, insuficiência arterial de carótidas, trombose, flebite, outra (s)? Qual (is)? Há quanto tempo? Tratamento?							
26) Sofre ou sofreu de alguma doença respiratória, tais como: bronquite, asma, DPOC, enfisema, pneumonia, pneumotórax, ronco, apnéia do sono, ou outra (s)? Qual (is)? Há quanto tempo? Tratamento?							
27) Sofre ou sofreu de doenças do aparelho digestivo, tais como : úlcera, gastrite, cirrose do fígado, doenças do refluxo gastroesofágico (DRGE), hemorragia digestiva, doença da vesícula, pancreatite, diverticulite, pedra de vesícula ou outras? Qual (is)? Há quanto tempo? Tratamento?							
28) Sofre ou sofreu de hérnia de hiato, diafragmática, umbilical, inguinal, escrotal, e/ou incisional, etc. Qual (is)? Há quanto tempo? Tratamento?							
29) Sofre ou sofreu de doença urológica (geniturinária) tais como: fimose, prostatite, estenose de uretra, cólicas renais, dor pélvica, cálculos no rim ou outra localização, ITU, malformação peniana, fibrose no pênis, uretra com abertura anormal, perda urinária aos esforços (espirros, tosse, exercícios), testículo fora do lugar, ausência de testículo, rim único, insuficiência renal aguda ou crônica, hiperplasia ou aumento benigno da próstata, varicocele, impotência, nefrite, síndrome nefrótica ou outra? Qual (is)? Há quanto tempo? Tratamento?							
30) Sofre ou sofreu alguma doença endocrinológica ou hormonal tais como: diabetes, tireoide, outras. Qual (is)? Há quanto tempo? Tratamento?							

Formulário de Adesão/Movimentação do Beneficiário

Proposta nº

Operadora:



10/14

31) Sofre ou sofreu de problemas com peso corporal, tais como: anorexia, obesidade. Já fez ou faz tratamento? Qual (is) a) Fez cirurgia bariátrica? Há quanto tempo?							
32) Já fez alguma cirurgia plástica estética ou reparadora? E em decorrência dessas cirurgias, tem alguma cicatriz?							
33) Sofre ou sofreu de alguma doença reumática tais como: Reumatismo, Lúpus, Artrite Reumatóide, Esclerodermia, dermatomiosite, Doença do Crohn, Gota, Espondilite, Anquilosante, Febre Reumática, ou outra? Qual (is)? Há quanto tempo? Tratamento?							
34) Já teve algum acidente com fratura de ossos ou osteomielite? Qual (is)? Há quanto tempo? Tratamento?							

ITENS	T	1	2	3	4	5	6
35) Sofre ou sofreu de doença osteomuscular, tais como: dores na coluna, hérnia de disco, osteoporose, bursite, tendinite, artrite, artrose, escoliose, ou outras? Qual (is)? Há quanto tempo? Tratamento?							
36) Faz uso de prótese (s), órtese (s) tais como: pino, parafuso, placa, fios, silicone, stent, marca passo, outros ? Qual (is)? Há quanto tempo? Motivo?							
37) Sofre ou sofreu de problemas sexuais tais como: impotência ou outros? Qual (is)? Há quanto tempo? Tratamento ?							
38) Sofre ou sofreu de algum tipo de hepatite? Qual ? Há quanto tempo? Tratamento?							
39) Sofre ou sofreu de infecções sexualmente transmissíveis, ou outras doenças infectocontagiosas tais como: HIV/AIDS, sífilis, HPV, Tuberculose, malária, febre amarela, dengue, Zica, Chicungunha, leishmaniose, meningite, hepatite, hanseníase, outras. Qual (is)? Há quanto tempo? Tratamento?							
40) Sofre ou sofreu de poliomielite? Quando? Tratamento?							
41) Sofre ou sofreu de alguma doença ginecológica tais como: endometriose, ovários policísticos, miomas do útero, sangramento excessivo, incontinência urinária, polapso de bexiga ou intestino, pólipos uterinos, aderência das trompas, cistos do ovário, malformação uterina, agenesia (ausência) de vagina, ou outra? Qual (is)? Há quanto tempo? Tratamento?							
42) Sofre ou sofreu de doença mamária, tais como: nódulos da mama, carcinoma mamário, mastite, hipertrofia de mama (mamas gigantes) mamas extranumerárias, ou outras? Qual (is)? Há quanto tempo? Tratamento?							
43) Faz ou fez Tratamento de infertilidade? Qual (is) Quando?							
44) Está gestante ? () Já teve parto (s) (), Quantos? (), Normal (), Cesariana (), Abortos () ?							
45) Em caso de criança (menor de idade), acrescentar: a) Gravidez de alto risco ou sofreu de complicações durante o processo gestacional? _____ b) Parto: Normal () / Cesariana () c) Prematuro ou a Termo? Quantas semanas (ou meses)? d) Apgar ao nascer 1º min _____ 5º _____ e) Peso ao nascer: _____ f) Icterícia ao nascer: _____ g) Necessitou de internação em UTI? _____ h) Aleitamento materno _____ i) Possui ou já possuiu refluxo gastro-esofágico? () Tratamento? j) Já foi internado em hospital infantil? () Qual motivo ?							
46) Sofre de alguma doença não descrita que queira comunicar? Especifique.							
47) Foi realizado algum tipo de exame ou procedimento pela Operadora para avaliar o seu estado de saúde físico ou mental na contratação do plano de saúde?							

Proposta n°

Operadora:

[illegible]



DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO PROPONENTE CONTRATANTE

12/14

Declaro para todos os fins, que prestei informações completas e verídicas sobre meu estado de saúde, como também de meu(s) dependente(s) e agregado(s) com os quais me comprometo, após ter lido e compreendido todos os quesitos constantes anexo a esta, não tive dúvidas nas questões formuladas, sendo que durante o preenchimento a UNIMED disponibilizou médico orientador que se limitou a essa função.

Concordo que as mesmas passem a fazer parte integrante do contrato a ser celebrado com a operadora, ficando a mesma AUTORIZADA pôr mim, a solicitar esclarecimentos, relatórios a médicos, hospitais, clínicas ou em qualquer outra instituição, utilizando-as a qualquer tempo, no amparo e defesa de seus direitos, sem que a tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional dos usuários inclusos no contrato.

Pôr ser a presente expressão da verdade firmo-a em duas (02) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas, para que surta todos os efeitos legais.

Palmas, ____ de _____ de 20__

Declarante Proponente: _____

Testemunhas: _____

Testemunhas: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO ORIENTADOR

Eu, abaixo assinado, na qualidade de médico orientador do proponente contratante, declaro que acompanhei o preenchimento da “Declaração de Saúde” do mesmo e de seus dependente(s) e agregado(s), não realizando qualquer exame, dando-lhe todas as orientações necessárias e esclarecedoras.

Pôr ser verdade firmo o presente, em duas vias de igual teor e forma, para os devidos fins legais.

Palmas, ____ de _____ de 20__

MÉDICO ORIENTADOR

CRM N.º _____



DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DAQUILO QUE CONTRATEI

13/14

EU, _____, _____ (nacionalidade)
_____, _____ (estado civil), _____ (profissão)
_____, portador da CI número _____, na qualidade de
“Proponente”, preenchi a “Proposta Individual de Aquisição de Plano de Assistência à Saúde” e tendo recebido da
UNIMED PALMAS:

- 1) Uma cópia do “Termo de Adesão” Ao Plano Assistência à Saúde;
- 2) Uma “Cópia da declaração de saúde” do “Plano de Assistência à Saúde”.
- 3) Uma cópia do Contrato do plano de assistência que contratei.

Tendo lido esse material e recebido uma explicação detalhada sobre o assunto, bem como indagado e tendo recebido todos os esclarecimentos necessários:

Declaro estar ciente e saber:

- Exatamente o que estou comprando;
- Quanto vai custar;
- Quando os preços serão alterados e os critérios para o seu reajuste;
- Quais são as minhas responsabilidades com relação ao plano;
- Quais são os meus direitos;

Declaro também que fui informado que qualquer dúvida que porventura eu possa vir a ter no futuro deverá ser esclarecida mediante contato com a CONTRATADA, que poderá ser feito pelo telefone ou diretamente no endereço da mesma.

Estou ciente que a UNIMED PALMAS não me reembolsará por qualquer despesa médica que fizer fora da rede relacionada na “Relação de Prestadores de Serviço”, de acordo com a área de abrangência do plano contratado, excluindo-se os casos caracterizados como de “Urgência” e “Emergência” respeitadas as condições contratuais.

Local:	Data:
Assinatura:	

DECLARAÇÃO NOVO PLANO PORTA DE ENTRADA HUP

14/14

LEIA COM ATENÇÃO

Declaro, para os devidos fins:

- a)** que as informações prestadas na adesão são verdadeiras e assumo a inteira responsabilidade por elas.
- b)** que, na condição de beneficiário titular, por livre e espontânea vontade, optei pela alteração de plano, bem como a de meus dependentes inscritos.
- c)** que estou ciente da alteração do produto contratado e que meu contrato prevê o mecanismo de regulação denominado “Porta de Entrada”, previsto na resolução CONSU n.08/1998, que, no âmbito do contrato, tem como característica a obrigatoriedade do(s) beneficiário(s) se dirigirem ao Hospital Unimed Palmas para a obtenção de todos os procedimentos e eventos da COBERTURA HOSPITALAR, local em que será realizada a avaliação, acompanhamento, e, caso seja necessário, o encaminhamento para outros prestadores.
- d)** que estou ciente da rede de prestadores de serviços disponibilizados para atender ao novo plano (produto), vinculados em conformidade com seu registro perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- e)** que recebi da UNIMED PALMAS – Cooperativa de Trabalho Médico Ltda, a “Carta de Orientação ao Beneficiário”, conforme a RN 162/2007 da ANS.
- f)** que recebi uma cópia da “Carta UNIMED PALMAS ao beneficiário”.
- g)** que realizei a leitura do contrato coletivo ao qual me vinculei, estando ciente de seu inteiro teor, não tendo qualquer dúvida que a cobertura contratada é aquela prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a ser disponibilizada de acordo com a área de abrangência do respectivo produto.
- h)** que todas as comunicações da UNIMED PALMAS relativas ao plano de saúde, inclusive dos beneficiários dependentes, podem ser realizadas no e-mail informado acima, como rescisão, portabilidade e perda de elegibilidade.

Palmas, ____ de _____ de 20 ____

Titular