



FORMULÁRIO DE INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

03500003304



ANS - n°41728-9

ANS N°36.825-3

Mês de reajuste do contrato

Data do aniversário do contrato firmado entre a ALLCARE ADMINISTRADORA e a OPERADORA HAPVIDA

Formulário de Inclusão de BENEFICIÁRIO ao contrato estipulado coletivo empresarial celebrado entre a Hapvida Assistência Médica Ltda., na qualidade de **OPERADORA** e a AllCare Administradora de Benefícios em São Paulo Ltda, na qualidade de **ESTIPULANTE**, e a Empresa **SUBCONTRATANTE** definida na página **01/12**, a qual mantém vínculo, conforme Resolução Normativa nº 195/2019 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com o Proponente Titular abaixo:

Produtor

Cód. da Concessionária 101202	Nome da Concessionária WAY		
Nome da Concessionária (continuação)		DDD	Telefone
Cód. do Gerente / Supervisor 00209459735	CPF do Gerente / Supervisor 002.094.597-35	Nome do Gerente / Supervisor LÍLIAN CORRÊA MARQUES	
Nome do Gerente / Supervisor (continuação) SANTOS			
Nome do Vendedor		CPF do Vendedor	

Dados da Empresa Subcontratante

CNPJ 11604331000157	Razão Social Teste
Continuação (Razão Social)	

Dados do Proponente Titular

CPF 04505416305	Nome Completo e sem Abreviações TESTE WELLINGTON		
Nome Completo e sem Abreviações (continuação)		Profissão	
Cartão Nacional de Saúde (SUS) 33333	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			
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 checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Folha 01/12
V2020.07.1

* Todos os dados são de preenchimento obrigatório.



FORMULÁRIO DE
INCLUSÃO DE
BENEFICIÁRIO

03500003304



ANS - n°41728-9

ANS N°36.825-3

Endereço Residencial

CEP 60710340		Logradouro RUA ALVES DIAS					
Logradouro (continuação)				Número 325		Complemento B	
Bairro MARAPONGA				Município FORTALEZA			UF CE
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				

Folha 02/12
*Todos os dados são de preenchimento obrigatório.

Relação dos Dependentes

Folha 03/12

01	CPF*		Nome Completo e sem Abreviações*	
	04505416305		LARA SAFIRA	
	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)	
	33333		33333	
	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		Sexo	Grau de Parentesco	
09/04/2012		<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input checked="" type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros _____	
Nome Completo da mãe e sem Abreviações*				
RITA ERENICE				
Nome Completo do pai e sem Abreviações				

02	CPF*		Nome Completo e sem Abreviações*	
	04505416305		THON SILVEIRA	
	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)	
	33333		33333	
	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		Sexo	Grau de Parentesco	
05/06/1991		<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input checked="" type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros _____	
Nome Completo da mãe e sem Abreviações*				
33333				
Nome Completo do pai e sem Abreviações				

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)	
	ARC		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	Grau de Parentesco
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros _____	
Nome Completo da mãe e sem Abreviações*				
Nome Completo do pai e sem Abreviações				

Todos os dados são de preenchimento obrigatório

Relação dos Dependentes

Folha 04/12

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)	
	ARC		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*			
	Nome Completo do pai e sem Abreviações			

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)	
	ARC		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*			
	Nome Completo do pai e sem Abreviações			

Todos os dados são de preenchimento obrigatório

LINHA DE PRODUTOS HAPVIDA – TITULARES ATIVOS

ÁREA DE ABRANGÊNCIA: GRUPO DE ESTADOS

Linha de Produto / ANS	Segmentação	Acomodação	Abrangência	Característica
<input type="checkbox"/> Nosso Plano LXXI / 461.569/10-7	Amb. + hospitalar + obstetrícia	Enfermaria	Grupo de Estados	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> Nosso Plano LXXII / 461.566/10-2	Amb. + hospitalar + obstetrícia	Apartamento	Grupo de Estados	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> Nosso Plano XXIV / 700.367/99-6	Ambulatorial	Sem acomodação	Grupo de Estados	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Nosso Plano XII / 700.370/99-6	Amb. + hospitalar + obstetrícia	Enfermaria	Grupo de Estados	Sem Coparticipação
<input checked="" type="checkbox"/> Nosso Plano XX-A / 477.189/16-3	Amb. + hospitalar + obstetrícia	Apartamento	Grupo de Estados	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Mix IX / 458.980/08-7	Amb. + hospitalar + obstetrícia	Enfermaria	Grupo de Estados	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Mix XVII-A / 477.190/16-7	Amb. + hospitalar + obstetrícia	Apartamento	Grupo de Estados	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Pleno IX / 459.789/09-3	Amb. + hospitalar + obstetrícia	Enfermaria	Grupo de Estados	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Pleno IX / 459.789/09-3	Amb. + hospitalar + obstetrícia	Apartamento	Grupo de Estados	Sem Coparticipação

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

Proponente	Idade	Valor do Plano de Saúde	Total
Titular	29	R\$ 353,47	R\$ 353,47
Dependentes	1 08	R\$ 245,03	R\$ 245,03
	2 29	R\$ 353,47	R\$ 353,47
	3		
	4		
	5		
Atenção: 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 07/12.			R\$ 951,97
			Valor Total dos proponentes a ser cobrado diretamente pela Administradora.

O valor mensal a ser pago será a soma de todos os proponentes. Para os planos com coparticipação, a mensalidade será composta do valor desta, acrescido dos valores da coparticipação correspondentes aos procedimentos realizados. Consulte na tabela de preços vigente os valores de coparticipação.

Inclusão 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	Dia 01 do primeiro mês subsequente**
16 a 31	Dia 01 do segundo mês subsequente	Dia 01 do segundo mês subsequente**

**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.

Cobrança

Após a aceitação desta Proposta de Adesão, a mensalidade será cobrada pela **ADMINISTRADORA**, diretamente do Proponente Titular ou Responsável Financeiro do Contrato, através de boleto bancário correspondente ou débito em conta corrente, de acordo com os valores aqui definidos.

☒ **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, conforme disposto na página **5/12** 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

Os dados informados serão preservados pela AllCare Administradora, 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 por mim 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 whatsapp, e-mail, SMS, ou outro meio eletrônico disponível. Para tanto, me comprometo a manter meus dados cadastrais sempre atualizados junto à Administradora de Benefícios.

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** e/ou **EMPRESA SUBCONTRATANTE** 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 **05/12** desta Proposta.

Declaro que possuo plena ciência de que a taxa de angariação paga ao Corretor Angariador nesta data, em decorrência da prestação de serviços deste nesta contratação, possui valor diverso do valor das mensalidades 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 **05/12**.

Declaro estar ciente e de acordo que o início da vigência da cobertura assistencial contratada se dará na data fixada na folha **05/12** desta Proposta, independentemente do pagamento de eventual Taxa de Angariação diretamente ao Corretor Angariador.

Local e Data

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

RESUMO DAS CONDIÇÕES DO CONTRATO ESTIPULADO COLETIVO EMPRESARIAL

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

1. Este instrumento regula a minha solicitação de inclusão ao contrato estipulado Coletivo Empresarial (o “contrato”), celebrado entre a Hapvida Assistência Médica Ltda., na qualidade de **OPERADORA** e a AllCare Administradora de Benefícios em São Paulo Ltda, na qualidade de **ESTIPULANTE**, e a Empresa **SUBCONTRATANTE** incluída no Contrato, definida na página **01/12**, a qual mantenho vínculo, conforme Resolução Normativa nº 195/2019 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

2. Tenho ciência de que a rede credenciada está disponível no site da operadora (www.hapvida.com.br).

3. Estou ciente de que somente após o **ACEITE**, pela **OPERADORA**, da minha inclusão ao contrato é que o(s) benefício(s) me será(ão) disponibilizado(s), observada a data indicada no campo “Data do início da vigência e da cobertura assistencial”, constante na página **05/12**.

4. Havendo na “**Declaração de Saúde**”, páginas **11 e 12** a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), poderá ser aplicada pela **Operadora** a **Cobertura Parcial Temporária (CPT)**, a qual admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de **início de vigência** do(s) benefício(s), a suspensão da cobertura para **Procedimentos de Alta Complexidade (PAC)**, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou à lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

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

6. 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**.

7. 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.

8. Poderei postular nova inclusão ao(s) **benefício(s)** após feita nova análise e **aceitação** das condições de minha **elegibilidade**. A nova adesão poderá se sujeitar ao cumprimento de **novos prazos de carência parciais ou totais**, de acordo com a legislação em vigor

9. 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 inclusão no contrato, para atualização monetária e pela alteração de custos, utilização dos serviços médicos e uso de novas metodologias, que será definido com base na seguinte fórmula de cálculo: $[(1 + \text{Índice Reaj. Financeiro}) \times (1 + \text{Índice Reaj. Mod. de Risco}) \times (1 + \text{Índice Reaj. Sinistralidade}) - 1]$; (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; e (III) reajuste(s) em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**.

FAIXAS ETÁRIAS	REAJUSTE
0-18	0,00%
19-23	12,00%
24-28	12,00%
29-33	15,00%
34-38	15,00%
39-43	19,00%
44-48	25,00%
49-53	25,00%
54-58	70,00%
59 ou +	12,00%

10. 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.

11. Caso o atraso no pagamento ultrapasse o período de **30 (trinta) dias** contados do vencimento, o(s) benefício(s) será automaticamente rescindido, com a exclusão do beneficiário titular e seus dependentes, podendo a **Administradora de Benefícios** utilizar todos os meios legais necessários para obter a cobrança dos valores em atraso, gerando, inclusive a inscrição nos **Serviços de Proteção ao Crédito**.

ANS - n°41728-9

ANS N°36.825-3

12. O atraso no pagamento incidirá multa de 2% (dois por cento) sobre o valor fixado, e acréscimo de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, além de atualização monetária.
13. 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 Empresa **SUBCONTRATANTE**.
14. Tenho ciência que devo comunicar expressamente à **Administradora de Benefícios** o **pedido de minha exclusão do plano** mediante os seguintes canais de atendimento: **I.** Central de Atendimento ao Cliente; **II.** Site da AllCare: www.allcare.com.br; ou **III.** Presencial nos endereços da AllCare Administradora disponíveis no site.
15. Tenho ciência que a solicitação de 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 412/2016, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
16. Em caso de cancelamento do(s) benefício(s), devolverei 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.
17. 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.
18. Tenho ciência que devo informar imediatamente à Administradora de Benefícios a eventual perda do vínculo que mantenho com a Empresa **SUBCONTRATANTE**.
19. 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 e acessível por meio do site das operadoras.
20. Declaro que a Administradora de Benefícios apresentou como primeira opção de contratação o **Plano Referência**, que possui, dentre as suas características, cobertura para internação em padrão enfermagem e 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 **04/12** desta proposta.

Após a leitura e total concordância com as condições prévias para a aceitação desta Proposta de Inclusão, declaro que de livre e espontânea vontade manifesto a intenção de fazer minha inclusão e a do(s) meu(s) dependente(s), indicada(s) nas páginas **01, 02, 03 e 04** 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 no site da **Administradora de Benefícios: www.allcare.com.br**.

Estou ciente que o início da vigência e da cobertura assistencial do plano escolhido por meio desta Proposta se dará no prazo definido na página **05/12** e está condicionado ao envio de toda minha documentação, inclusive à comprovação de minha **elegibilidade** na **EMPRESA SUBCONTRATANTE**, com a qual mantenho vínculo, e aceitação pela Operadora.

Local e data

Assinatura do titular ou responsável pelo menor
(passível de reconhecimento em cartório)

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

0800 941 4962 / 3003-6400www.allcare.com.br

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

Folha 10/12

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 - 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 (Proponente Titular ou Responsável)

Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário

_____/_____/_____
Local Data_____/_____/_____
Local Data

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

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 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 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.

Quadro I – Declaração de Saúde

Preenchimento pelo P R O P O N E N T E T I T U L A R, POR SI E PELO(S) DEPENDENTE(S), respondendo S para as respostas afirmativas e N para as respostas negativas.		Titular	Dependentes				
INFORME SE É PORTADOR OU SE JÁ SOFREU DE:			1	2	3	4	5
1	Doenças do aparelho cardiocirculatório (como angina, infarto, pressão alta, arritmias, aneurisma de aorta, cirurgias cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênitas, entre outras).	N	N	N			
2	Doenças endócrinas e metabólicas (como diabetes, hipertireoidismo e hipotireoidismo, obesidade, entre outras).	N	N	N			
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).	N	N	N			
4	Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares (como derrame, aneurisma cerebral, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia e doenças congênitas do sistema nervoso, entre outras).	N	N	N			
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).	N	N	N			
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).	N	N	N			
7	Doenças ou tumorizações malignas (como leucemia, mieloma múltiplo, carcinoma, melanoma, linfoma e todos os tipos de câncer).	N	N	N			
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).	N	N	N			
9	Qualquer outra doença que não se relacione ou não se encontre descrita nos itens anteriores ou que tenha gerado ou não internação.	N	N	N			

Quadro II- Esclarecimentos Complementares

Caso a resposta para algumas das questões anteriores tenha sido "S" ou qualquer outra doença que não se **encontre listada no Quadro I**, para qualquer um dos proponentes, especifique a razão dela (data, tratamento, quadro atual e tudo mais que julgar importante para avaliação de sua saúde).

Item	Dependentes	Data do evento	Esclarecimentos / comentários

Quadro III – Informações Adicionais

Informe:	Titular	Dependentes				
		1	2	3	4	5
Peso (kg)	90	40	40			
Altura (m)	1.7	1.2	1.2			

Quadro IV –Entrevista Qualifica

Para o preenchimento da Declaração de Saúde o proponente titular poderá ou não utilizar um médico para sua orientação. Assinale abaixo a sua opção

- ☐ Declaro ter entendido todas as perguntas da declaração de saúde, não necessitando de profissional médico para respondê-las.
- ☐ Declaro ter sido orientado pelo meu médico particular no preenchimento da declaração de saúde, assumindo o custo correspondente.
- ☐ Declaro ter sido orientado por médico indicado pela OPERADORA no preenchimento da declaração de saúde, sem ônus desta orientação.

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 qualquer entidades públicas ou privadas prestem aos médicos da **Operadora** informações sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, bem como de moléstias que tenhamos, porventura, sofrido, e o resultado de exames, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ou sigilo profissional.

Estou ciente que a omissão de informações ou fraude no preenchimento da declaração de saúde poderá ocasionar o cancelamento do plano de saúde e deverá seguir o rito da Resolução Normativa nº 162/2007, da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS

Local e data

Assinatura do proponente titular