

ANS - n° 41728-9

ANS n°33967-9

AllCare Administradora de Benefícios São Paulo LTDA

CNPJ: 07.674.593/0001-10

Início de vigência

Endereço: Alameda Santos, 1357, 2º andar, Cerqueira César - São Paulo/SP - CEP: 01419-001

Folha 01/20  
V.2019.11.1

Essa proposta é válida para comercialização nos seguintes municípios:

**Grande São Paulo**, que inclui os seguintes municípios: BARUERI, BIRITIBA-MIRIM, CAIEIRAS, CARAPICUÍBA, COTIA, DIADEMA, EMBU DAS ARTES, EMBU-GUAÇU, GUARAREMA, ITAPEERICA DA SERRA, ITAPEVI, JANDIRA, JUQUITIBA, MAIRIPORÃ, MAUÁ, MOGI DAS CRUZES, OSASCO, PIRAPORA DO BOM JESUS, POÁ, RIBEIRÃO PIRES, SANTANA DE PARNAÍBA, SÃO PAULO, SUZANO, TABOÃO DA SERRA, SÃO CAETANO DO SUL, SÃO BERNARDO DO CAMPO, SANTO ANDRÉ, SALESÓPOLIS E SÃO LOURENÇO DA SERRA.

**Salvador e região**, composta pelos seguintes municípios:

**Clássico Recôncavo BA:** Agua Fria, Amargosa, Amelia Rodrigues, Andaraí, Anguera, Antonio Cardoso, Araci, Aratuípe, Baixa Grande, Biritinga, Boa Vista do Tupim, Boninal, Bonito, Boquirá, Cairu, Camamu, Candeal, Cansanção, Canudos, Capela do Alto Alegre, Castro Alves, Conceição da Feira, Conceição de Almeida, Conceição do Coite, Conceição do Jacuípe, Coração de Maria, Cruz das Almas, Dom Macedo Costa, Elísio Medrado, Euclides da Cunha, Fatima, Feira de Santana, Gandu, Gavião, Iacu, Ibiquera, Ibitiara, Ichu, Igrapiuna, Ipecaeta, Ipira, Iraquara, Irara, Itaberaba, Itaete, Itamarí, Itatim, Ituberá, Laje, Lejedinho, Lençóis, Macajuba, Marcionílio Souza, Monte Santo, Mucuge, Muniz Ferreira, Mutuípe, Nazare, Nilo Pecanha, Nordestina, Nova Fatima, Nova Ibia, Nova Redenção, Novo Horizonte, Novo Triunfo, Palmeiras, Pe de Serra, Piata, Pintadas, Pirai do Norte, Piritiba, Presidente Tancredo Neves, Queimadas, Quijingue, Rafael Jambeiro, Retirolândia, Riachão do Jacuípe, Ruy Barbosa, Salinas da Margarida, Santa Bárbara, Santa Terezinha, Santaluz, Santanópolis, Santo Antônio de Jesus, Santo Estevão, São Domingos, São Felipe, São Félix, São Gonçalo dos Campos, São Miguel das Matas, Sapeacu, Seabra, Serra Preta, Serrinha, Souto Soares, Tanque Novo, Tanquinho, Taperoá, Tapiramutá, Teofilândia, Teolândia, Terra Nova, Tucano, Utinga, Valença, Valente, Varzedo, Wagner e Wenceslau Guimarães.

**Clássico Regional Salvador:** Acajutiba, Alagoinhas, Cachoeira, Camacari, Candeias, Catu, Dias D'Ávila, Entre Rios, Esplanada, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, Ribeira do Pombal, Salvador, Santo Amaro, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Simões Filho e Vera Cruz.

**Clássico Baixo Sul BA:** Almadina, Arataca, Aurelino Leal, Barro Preto, Buerarema, Camacan, Canavieiras, Coaraci, Firmino Alves, Floresta Azul, Gongogi, Ibicarai, Ibirapitanga, Ilheus, Itabuna, Itacaré, Itaju do Colônia, Itajuípe, Itape, Itapitanga, Itororo, Jussari, Marau, Mascote, Pau Brasil, Santa Cruz da Vitória, Santa Luzia, São José da Vitória, Ubaitaba, Ubata, Una e Urucuca.

**Brasília/DF**, que inclui os seguintes municípios: BRASÍLIA E CIDADES SATÉLITES.

Em caso de comercialização em outras cidades/Estados a proposta de adesão será automaticamente cancelada.

Mês de reajuste do contrato

JUNHO

## 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 MACHADO DOS	
Nome do Gerente / Supervisor (continuação) SANTOS				
Nome do Vendedor			CPF do Vendedor	

## Dados da Entidade conveniada

Nome da Entidade:

ANS - nº 41728-9

ANS nº 33967-9

## LINHA DE PRODUTOS CENTRAL NACIONAL UNIMED

ÁREA DE ABRANGÊNCIA: NACIONAL

## ENTIDADES FECHADAS

Linha de Produto / ANS	Segmentação	Acomodação	Abrangência	Característica
<input type="checkbox"/> Estilo Nacional ADS / 483.270/19-1	amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Nacional	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Estilo Nacional ADS / 483.273/19-6	amb. + hospitalar + obstetria	Apartamento	Nacional	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Absoluto Nacional ADS II-A/ 483.268/19-0	amb. + hospitalar + obstetria	Apartamento	Nacional	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Superior Nacional ADS II-A / 483.272/19-8	amb. + hospitalar + obstetria	Apartamento	Nacional	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Estilo Nacional ADS III-E/ 482.823/19-2*	amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Nacional	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> Estilo Nacional ADS III-A/ 482.825/19-9*	amb. + hospitalar + obstetria	Apartamento	Nacional	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> Absoluto Nacional ADS III-A/ 482.835/19-6*	amb. + hospitalar + obstetria	Apartamento	Nacional	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> Superior Nacional ADS III-A / 482.827/19-5*	amb. + hospitalar + obstetria	Apartamento	Nacional	Com Coparticipação

\*Possui política de reembolso junto à Operadora

## ENTIDADES ABERTAS

Linha de Produto / ANS	Segmentação	Acomodação	Abrangência	Característica
<input type="checkbox"/> Estilo Nacional ADS / 483.271/19-0	amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Nacional	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Estilo Nacional ADS / 483.278/19-7	amb. + hospitalar + obstetria	Apartamento	Nacional	Sem Coparticipação
<input checked="" type="checkbox"/> Absoluto Nacional ADS-A/ 483.269/19-8	amb. + hospitalar + obstetria	Apartamento	Nacional	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Superior Nacional ADS-A / 483.267/19-1	amb. + hospitalar + obstetria	Apartamento	Nacional	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Estilo Nacional ADS I-E/ 481.874/18-1	amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Nacional	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> Estilo Nacional ADS I-A/ 481.873/18-3	amb. + hospitalar + obstetria	Apartamento	Nacional	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> Absoluto Nacional ADS I-A/ 481.876/18-8	amb. + hospitalar + obstetria	Apartamento	Nacional	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> Superior Nacional ADS I-A / 481.871/18-7	amb. + hospitalar + obstetria	Apartamento	Nacional	Com Coparticipação

## LINHA DE PRODUTOS CENTRAL NACIONAL UNIMED

ÁREA DE ABRANGÊNCIA: REGIONAL

## ENTIDADES FECHADAS

Linha de Produto / ANS	Segmentação	Acomodação	Abrangência	Característica
<input type="checkbox"/> Clássico Recôncavo BA ADS - E / 484.198/19-1	Amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Regional	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Clássico Baixo-Sul ADS - E / 484.194/19-8	Amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Regional	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Clássico Regional Salvador ADS - E / 483.332/19-5	Amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Regional	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Clássico Regional Brasília ADS - E / 483.277/19-9	Amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Regional	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Clássico Regional São Paulo ADS - E / 483.276/19-1	Amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Regional	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Clássico Recôncavo BA ADS I - E / 484.195/19-6	Amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Regional	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> Clássico Baixo-Sul ADS I - E / 484.191/19-3	Amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Regional	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> Clássico Regional Salvador V.2 ADS I - E / 483.469/19-1	Amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Regional	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> Clássico Regional Brasília ADS I - E / 482.821/19-6	Amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Regional	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> Clássico Regional São Paulo ADS I - E / 482.833/19-0	Amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Regional	Com Coparticipação

## ENTIDADES ABERTAS

Linha de Produto / ANS	Segmentação	Acomodação	Abrangência	Característica
<input type="checkbox"/> Clássico Recôncavo BA ADS - E / 484.192/19-1	Amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Regional	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Clássico Baixo-Sul ADS - E / 484.197/19-2	Amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Regional	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Clássico Regional Salvador ADS - E / 483.331/19-7	Amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Regional	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Clássico Regional Brasília ADS - E / 483.275/19-2	Amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Regional	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Clássico Regional São Paulo ADS - E / 483.274/19-4	Amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Regional	Sem Coparticipação
<input type="checkbox"/> Clássico Recôncavo BA ADS I - E / 484.196/19-4	Amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Regional	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> Clássico Baixo-Sul ADS I - E / 484.193/19-0	Amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Regional	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> Clássico Regional Salvador V.2 ADS I - E / 483.470/19-4	Amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Regional	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> Clássico Regional Brasília ADS I - E / 482.820/19-8	Amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Regional	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> Clássico Regional São Paulo ADS I - E / 482.816/19-0	Amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Regional	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> Referência - Uniplan Múltiplo Adesão / 433.128/00-1	amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Nacional	Sem coparticipação

## Declaração - Plano Referência.

Declaro que me foi ofertado, como primeira opção de contratação, o Plano Referência da Unimed Natal, de acordo com a Lei nº 9.656/98 e alterações posteriores, mas optei pela contratação do Plano selecionado anteriormente, conforme assinalado por mim na folha 02 desta Proposta.

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

ANS - n° 41728-9

ANS n°33967-9

## Dados do Proponente Titular

CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*		
04505416305	TESTE WELLINGTON		
Nome Completo e sem Abreviações (continuação)		Profissão	
		ADMINISTRADOR	
Cartão Nacional de Saúde (SUS)	Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)		
333333			
Nome Completo do Mãe e sem Abreviações*			
RITA ERENICE			
Código do PIS/PASEP	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:	Haverá inclusão de dependentes no contrato?	
05/06/1991	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Município de Nascimento*			
FORTALEZA			

## Endereço Residencial

CEP	Logradouro					
04602970	RUA BARÃO DO TRIUNFO 242					
Logradouro (continuação)		Número	Complemento			
		325	B			
Bairro*		Município*	UF			
BROOKLIN PAULISTA		SÃO PAULO	SP			
DDD	Telefone Residencial	DDD	Telefone Celular	DDD	Telefone Comercial	Ramal
		85	997329876			
E-mail						
we.silveira@outlook.com						

## Dados do Responsável (preencher somente quando o proponente titular for menor de 18 anos)

Nome Completo e sem Abreviação 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:	Grau de Parentesco:				
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros				

ANS - n° 41728-9

ANS n° 33967-9

## Relação dos Dependentes

Folha 04/20

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)	
333333		3333333	
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 type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input checked="" type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	
Nome Completo do Mãe e sem Abreviações*			
RITA ERENICE			
Código do PIS/PASEP		Município de Nascimento*	
		FORTALEZA	

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:	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 do 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:	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 do Mãe e sem Abreviações*			
Código do PIS/PASEP		Município de Nascimento*	

\*Campos obrigatórios conforme exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

ANS - n° 41728-9

ANS n° 33967-9

\*Campos obrigatórios conforme exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Folha 05/20

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:	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 do 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:	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 do Mãe e sem Abreviações*			
Código do PIS/PASEP	Município de Nascimento*		

## Adesão e Vigência

Data de Adesão	Data da vigência e da cobertura assistencial	Vencimento do boleto/débito automático
01 a 10	Dia 01 do primeiro mês subsequente	Todo dia 01 de cada mês**
11 a 20	Dia 10 do primeiro mês subsequente	Todo dia 10 de cada mês**
21 a 31	Dia 20 do primeiro mês subsequente	Todo dia 20 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.

Proponente	Idade	Valor do plano de Saúde	Valor do Plano Odontológico	Total
Titular	29	R\$ 829,46		R\$ 829,46
Dependentes	1 08	R\$ 577,97		R\$ 577,97
	2			
	3			
	4			
	5			

**Atenção:** Os valores indicados ao lado sofrerão mudança na incidência do

(I) reajuste financeiro: que ocorre na data do aniversário do contrato firmado entre a AllCare Administradora e a Central Nacional Unimed ou na menor periodicidade permitida em lei;

(II) reajuste por sinistralidade: que ocorre na data do aniversário do contrato firmado entre a AllCare Administradora e a Central Nacional Unimed ou na menor periodicidade permitida em lei; e

(III) reajuste por faixa etária: que ocorre a qualquer tempo quando o cliente completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava.

Todos os itens anteriores podem ocorrer entre a data de assinatura desta Proposta Contratual e a data da 1ª cobrança do benefício. A tabela de faixa etária encontra-se na folha **19/20** desta Proposta.

**R\$ 1.407,43**

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 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 **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.

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

## Cobrança

☐ S

## Boleto bancário

**Atenção:** A Administradora de Benefícios disponibiliza em seu site: [www.allcare.com.br](http://www.allcare.com.br), o boleto bancário para pagamento do benefício.

☐ N

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

☐ N

**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 **5/20** 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 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 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.

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

## Declaração de Saúde

## Carta de orientação ao beneficiário

Prezado(a) beneficiário(a),

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

**O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?**

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofrendor 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 ESTA DOENÇA OU LESÃO.

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

- A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravio, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de Alta Complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.\*), EXCLUSIVAMENTE relacionados à doenças ou lesão declarada até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

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

A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.



- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

**ATENÇÃO!**

Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para a 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 dúvida, entre em contato com a ANS pelo fone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.

**Beneficiário**

Nome TESTE WELLINGTON	Local	Data
Assinatura		

**Intermediário entre Operadora e Beneficiário**

Nome	Local	Data
Assinatura		

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE (ANS RN n° 162, 17/10/2007)**

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 n° 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.

**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	2005009191	04505416305
Assinatura	Data	

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

(a ser preenchida de próprio punho pelo usuário titular)

Nome do Titular: TESTE WELLINGTON

Nome dependente 1 LARA SAFIRA

Nome dependente 2

Nome dependente 3

Nome dependente 4

Nome dependente 5

Folha 12/20

ITENS (Informe se tem ou já teve)	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO					
	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP
1) Doenças do aparelho cardiocirculatório (como dor no peito recorrente, infarto, pressão alta, arritmias, aneurisma de aorta, cirurgias cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênitas, entre outras).	N	N				
2) Doenças endócrinas e metabólicas (como diabetes, doenças da tireoide, obesidade, entre outras).	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				
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				
5) Doenças crônicas do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, nariz e da garganta (como asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, sinusite e desvio de septo nasal, apneia do sono, entre outras).	N	N				
6) Doenças ortopédicas (como artrose, hérnia de disco, deformidade de ossos e da coluna, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvios de coluna, fraturas de repetição, entre outras).	N	N				
7) Doenças ou tumores malignos (como leucemia, mieloma múltiplo, carcinoma, melanoma, linfoma e todos os tipos de câncer).	N	N				

ITENS (Informe se tem ou já teve)	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO					
	TIT	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP
8) Doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor masculino ou feminino (como cálculo renal, insuficiência renal, infecção urinária de repetição, incontinência urinária, doenças de próstata, cistos de ovário, endometriose, mioma uterino e nódulos de mama, entre outras).	N	N				
9) Doenças do aparelho digestivo (como úlcera, gastrite, hérnia de hiato, cálculos da vesícula biliar, hemorroidas, entre outras).	N	N				
10) Doenças psiquiátricas (como depressão, transtorno de ansiedade, transtorno bipolar, entre outras).	N	N				
11) Qualquer outra doença que não se encontre listada nos itens anteriores.	N	N				
12) Já esteve ou está no momento afastado de sua atividade profissional?	N	N				
Se sim, informe os proponentes, período e motivo:						
13) Faz algum tratamento médico atualmente?	N	N				
Se sim, informe os proponentes, período e motivo:						
14) Já esteve internado ou realizou alguma cirurgia?	N	N				
Se sim, informe os proponentes, período e motivo:						
15) Já recebeu transplante de algum órgão?	N	N				
Se sim, informe os proponentes, período e motivo:						
16) Já recebeu indenização por acidente ou doenças?	N	N				
Se sim, informe os proponentes, período e motivo:						

ITENS	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP
17) Peso (Kg)	90	45				
18) Altura (Cm)	1.7	1.2				

Se a resposta a algum item for positiva para qualquer um dos proponentes, esclarecer o motivo, especificando o item, o proponente e a data do evento. Se alguma das respostas for sim, favor anexar relatório médico assistente

Item	Proponente	Data do evento	Esclarecimentos

## INFORMAÇÕES ADICIONAIS

## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro para os devidos fins de direito, que as informações prestadas de próprio punho por mim, livre e espontaneamente, são verdadeiras e completas, e estou ciente de que qualquer inexatidão ou omissão nas minhas declarações, que possam influenciar na minha inscrição em um dos produtos do instrumento de comercialização contratado ou no valor da mensalidade, dará ensejo à perda do direito às coberturas do plano de saúde, podendo ser excluído do produto optado, sem prejuízo da cobrança do que for apurado pela utilização indevida, de acordo com o que dispõe o artigo 766 e seu parágrafo, do Código Civil Brasileiro. Declaro também, por mim e por meus dependentes, que estamos plenamente cientes das condições gerais que integram o instrumento de comercialização contratado e seus produtos anexos, com as quais concordamos em todos os seus termos, sem exceção.

## Dados do Declarante

Data	Nome do Declarante TESTE WELLINGTON		
RG 2005009191	Órgão Emissor	CPF 04505416305	
Telefone Residencial (com DDD)		Telefone Celular (com DDD) 85 997329876	
E-mail we.silveira@outlook.com			

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

Médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASS/CARIMBO - CRM

ANS n°33967-9

**CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO**

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

1. Este instrumento é meu Contrato de Adesão (a "**Proposta**") ao contrato de plano de assistência à saúde coletivo por adesão (os "**benefícios**"), celebrado entre a **AllCare Administradora de Benefícios São Paulo Ltda.** (a "**Administradora de Benefícios**") e a **Central Nacional Unimed - Cooperativa Central** (a "**Operadora**") indicado na página 2 desta Proposta e destinado à população que mantenha vínculo com a minha "**Entidade**", que é a Pessoa Jurídica indicada na página **1/20** desta **Proposta**.

2. Somente serão aceitos como **dependentes** o meu cônjuge ou meu(minha) companheiro(a); filhos, adotivos ou não, solteiros com idade até 34 anos, 11 meses e 29 dias; Enteados, mediante entrega de cópia da certidão de guarda ou tutela expedida pela Vara da Família da comarca competente ou Juizado da Infância e Juventude; O menor que, por **determinação judicial, se ache sob guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela, mediante entrega da cópia da decisão judicial de guarda ou tutela**; Os filhos, adotivos ou não, e enteados, **comprovadamente inválidos, mediante entrega de atestado de invalidez emitido pelo INSS, cópia da certidão de nascimento ou de adoção** e cópia da certidão de guarda ou tutela expedida pela Vara da Família da comarca competente ou Juizado da Infância e Juventude.

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 do(s) **benefício(s)**, 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) do(s) **benefício(s)**.

4. Aceita esta **Proposta**, o(s) **benefício(s)** será(ão) disponibilizado a partir da data indicada no campo “Início da Vigência”, constante na página **1/20** da presente, e tanto eu quanto meu(s) dependentes(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 **benefício(s)**, 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 a Operadora, que ocorre todo mês de **Junho**.

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 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. O benefício de planos de assistência à saúde 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 nas 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 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. 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

Grupo de Benefícios	CARÊNCIA PADRÃO
Urgência e Emergência na segmentação ambulatorial	24 horas
Consultas eletivas	30 dias
Exames simples	30 dias
Exames complexos	180 dias
Terapias	180 dias
Tratamentos Psicoterápicos	180 dias
Tratamento Cirúrgicos Ambulatoriais	180 dias
Internações Clínicas, Cirúrgicas, Psiquiátricas e Obstétricas	180 dias
Parto a termo*	300 dias
CPT e Preexistência	24 meses

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)**, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, 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 na página **2/20** 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 **cancelamento do plano** através dos seguintes canais de atendimento: **I.** Central de Atendimento ao Cliente; **II.** Site da AllCare: [www.allcare.com.br](http://www.allcare.com.br); e **III.** Presencial nos endereços da AllCare Administradora 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 **5/20** 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 úteis**, 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 no mês indicado na página 1 desta proposta de adesão 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; e (III) reajuste(s) em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**;

FAIXA ETÁRIA	VARIAÇÃO
Até 18 anos	00%
De 19 a 23 anos	28%
De 24 a 28 anos	6,24%
De 29 a 33 anos	2,93%
De 34 a 38 anos	9,29%
De 39 a 43 anos	14,38%
De 44 a 48 anos	39,99%
De 49 a 53 anos	33,88%
De 54 a 59 anos	12,20%
59 anos ou mais	63,04%

ANS - n° 41728-9

ANS n° 33967-9

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.

---

Local e data

---

Assinatura do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)  
(passível de reconhecimento em cartório)

**TERMO DE DECLARAÇÃO, CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO**

1. Este instrumento é meu Contrato de Adesão (a "**Proposta**") ao contrato de plano de assistência à saúde coletivo por adesão (os "**benefícios**"), celebrado entre a **AllCare Administradora de Benefícios São Paulo Ltda.** (a "**Administradora de Benefícios**") e a **Central Nacional Unimed Cooperativa Central** (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.centralnacionalunimed.com.br](http://www.centralnacionalunimed.com.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 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 **2/20** desta proposta.

Após a leitura e total concordância com as condições prévias para a aceitação desta Proposta Contratual, declaro que de livre e espontânea vontade manifesto a intenção de fazer minha adesão e a do(s) meu(s) dependente(s), indicada(s) nas página(s) 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 no site da **Administradora de Benefícios: [www.allcare.com.br](http://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 folha **1/20** e **5/20** e está condicionada à comprovação de minha elegibilidade na entidade com a qual mantenho vínculo.

---

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 / 3003-6400**

[www.allcare.com.br](http://www.allcare.com.br)



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS  
CONTRATOS - COLETIVO POR ADESÃO



## Objeto

Este aditivo tem por finalidade propiciar a todos os beneficiários inscritos na Proposta de Adesão, a concessão de redução dos prazos de carência e dos prazos para o início das coberturas de eventos cirúrgicos, definidas na Declaração de Saúde de cada um dos beneficiários e de acordo com o contrato e os direitos do plano escolhido.

**A redução de carência prevista na Tabela abaixo, aplica-se apenas aos usuários que preencherem os 3 (três) requisitos abaixo:**

- a) o beneficiário deverá ser oriundo exclusivamente de Plano Referência ou Plano Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia de Operadora Congênere;
- b) a exclusão do contrato celebrado com a Operadora Congênere e a inclusão no CONTRATO ora aditado não poderá ter um intervalo superior a 60 (sessenta) dias;
- c) o beneficiário deve ter permanecido no contrato anterior, mantido com a Operadora Congênere em vigência superior a 6 (seis) meses.

## Das normas para o cadastramento dos beneficiários

Terão direito aos benefícios deste aditivo o titular e seus dependentes, após análise, inscritos na Proposta Contratual, observados os **planos escolhidos** e as **faixas etárias**. Os prazos das carências reduzidas do Aditivo de Redução de Carência 3152 e 3153 são válidos apenas na contratação dos produtos:

### NACIONAL - Entidades Fechadas:

Estilo Nacional ADS II - E (EF) / 483.270/19-1  
Estilo Nacional ADS II A - (EF) / 483.273/19-6  
Absoluto Nacional ADS II - A (EF) / 483.268/19-0  
Superior Nacional ADS II - A (EF) / 483.272/19-8  
Estilo Nacional ADS III - E (EF) / 482.823/19-2  
Estilo Nacional ADS III - A (EF) / 482.825/19-9  
Absoluto Nacional ADS III - A (EF) / 482.835/19-6  
Superior Nacional ADS III - A (EF) / 482.827/19-5

### NACIONAL - Entidades Abertas:

Estilo Nacional ADS - E (EA) / 483.271/19-0  
Estilo Nacional ADS - A (EA) / 483.278/19-7  
Absoluto Nacional ADS - A (EA) / 483.269/19-8  
Superior Nacional ADS - A (EA) / 483.267/19-1  
Estilo Nacional ADS I - E / 481.874/18-1  
Estilo Nacional ADS I - A / 481.873/18-3  
Absoluto Nacional ADS I - A / 481.876/18-8  
Superior Nacional ADS I - A / 481.871/18-7

### REGIONAL - Entidades Fechadas:

Clássico Regional Salvador ADS - E (EF) / 483.332/19-5  
Clássico Regional Brasília ADS - E (EF) / 483.277/19-9  
Clássico Regional São Paulo ADS - E (EF) / 483.276/19-1  
Clássico Regional Salvador V.2 ADS I - E (EF) / 483.469/19-1  
Clássico Regional Brasília ADS I - E (EF) / 482.821/19-6  
Clássico Regional São Paulo ADS I - E (EF) / 482.833/19-0

### REGIONAL - Entidades Abertas:

Clássico Regional Salvador ADS - E (EA) / 483.331/19-7  
Clássico Regional Brasília ADS - E (EA) / 483.275/19-2  
Clássico Regional São Paulo ADS - E (EA) / 483.274/19-4  
Clássico Regional Salvador V.2 ADS I - E (EA) / 483.470/19-4  
Clássico Regional Brasília ADS I - E (EA) / 482.820/19-8  
Clássico Regional São Paulo ADS I - E (EA) / 482.816/19-0

## Dos novos prazos para carência

Reduzem-se os prazos previstos nas cláusulas sobre Carências, de acordo com a tabela de carências que se segue, para os benefícios constantes das cláusulas Consulta Eletiva, Atendimento de Urgência e Emergência em Pronto-socorro, Exames e Tratamentos Ambulatoriais e Internações Hospitalares.

## Tabela de Carências

Grupo de Benefícios	CARÊNCIA PADRÃO 3151	REDUÇÃO PARCIAL 3152	REDUÇÃO PARCIAL 3153
Urgência e Emergência	24 horas	24 horas	0
Consultas Eletivas	30 dias	24 horas	0
Exames básicos (aqueles não considerados como complexos)	30 dias	24 horas	0
Exames especiais (exames classificados no rol de procedimentos da ANS como PAC ou com DUT)	180 dias	60 dias	0
Procedimentos terapêuticos especiais	180 dias	90 dias	0
Tratamento Psicoterápico de Crise	180 dias	90 dias	0
Tratamento Cirúrgicos Ambulatoriais	180 dias	150 dias	0
Internações Clínicas, Cirúrgicas, Psiquiátricas e Obstétricas	180 dias	150 dias	0
Parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias
Cobertura Parcial Temporária para Eventos Cirúrgicos, Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade Relacionados com Doenças ou Lesões Preexistentes	24 meses	24 meses	24 meses

### ☐ 3151 Carência Contratual

A tabela de redução de carência aplica-se apenas aos usuários que preencherem os 3 (três) requisitos:

- O beneficiário deverá ser oriundo exclusivamente de Plano Referência ou Plano Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia de Operadora Congênere. A exclusão do contrato celebrado com a Operadora Congênere e a inclusão no CONTRATO ora aditado não poderá ter um intervalo superior a 60 (sessenta) dias;
- Ficam estabelecidas as seguintes Operadoras Congêneres para efeito deste aditamento:

### ☐ 3152

**São Paulo - SP, Brasília - DF, Salvador - BA:** Allianz, Ameplan, Amil, Assefaz, BB Seguros, Bio Vida, Bradesco Saúde, Caixa Seguros (Rede Gama e Saúde Caixa), Care Plus, Cassi, Dix Saúde, Fundação Itaú (Auto Gestão Itaú), Gama Saúde, Geap, GNDI (Notre Dame Intermédica), Golden Cross, Green Line, Hapvida, Hospital Adventista, Lincx, Marítima, Medial, Mediservice, Omint, One Health, Pame, PlanSaúde (Hospital Bom Samaritano), Plena Saúde, Porto Seguro, Promédica, Quality Pró Saúde, SAMEL, Santa Helena, São Cristóvão, Saúde Caixa, Saúde Casseb, Saúde Sim, Slam, Sampo Seguros, Sul América, Transmontano, União Médica, Unihosp e Unimed's (incluindo FAMA).

- O beneficiário deverá ter ficado cadastrado no contrato anterior mantido com a Operadora Congênere por, no mínimo, **6(seis) meses**.



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS  
CONTRATOS - COLETIVO POR ADESÃO



**A tabela de redução de carência aplica-se apenas aos usuários que preencherem os 3 (três) requisitos:**

- O beneficiário deverá ser oriundo exclusivamente de Plano Referência ou Plano Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia de Operadora Congênere. A exclusão do contrato celebrado com a Operadora Congênere e a inclusão no CONTRATO ora aditado não poderá ter um intervalo superior a 60 (sessenta) dias;
- Ficam estabelecidas as seguintes Operadoras Congêneres para efeito deste aditamento:

☐ **3153**

**São Paulo - SP, Brasília - DF, Salvador - BA:** Allianz, Amepplan, Amil, Assefaz, BB Seguros, Bio Vida, Bradesco Saúde, Caixa Seguros (Rede Gama e Saúde Caixa), Care Plus, Cassi, Dix Saúde, Fundação Itaú (Auto Gestão Itaú), Gama Saúde, Geap, GNDI (Notre Dame Intermédica), Golden Cross, Green Line, Hapvida, Hospital Adventista, Lincx, Marítima, Medial, Mediservice, Omint, One Health, Pame, PlanSaúde (Hospital Bom Samaritano), Plena Saúde, Porto Seguro, Promédica, Quallity Pró Saúde, SAMEL, Santa Helena, São Cristóvão, Saúde Caixa, Saúde Casseb, Saúde Sim, Slam, Somp Seguros, Sul América, Transmontano, União Médica, Unihosp e Unimed's (incluindo FAMA).

- O beneficiário deverá ter ficado cadastrado no contrato anterior mantido com a Operadora Congênere por, no mínimo, **12 (doze) meses**.

## Documentação Obrigatória

**Serão exigidas cópias dos seguintes documentos para que ocorra análise de redução das carências mensuradas na tabela acima:**

**Documentos para proponentes oriundos de planos individuais ou familiares:**

- 3 (três) últimos boletos da Operadora anterior quitados não podendo ultrapassar 60 (sessenta) dias da data de vencimento do último boleto pago; e
- Cópia do cartão ou da proposta de adesão da operadora anterior (obrigatória data de início no cartão) ou;
- Carta de permanência original da operadora anterior contendo todos os dados do contrato anterior como data de início do contrato, nome dos beneficiários com a respectiva data de inclusão, data do último pagamento e data de exclusão/cancelamento (este documento substitui os documentos citados na letra "a" e "b" acima). A validade da carta será de 60 (sessenta) dias contados de sua emissão.

**Documentos para proponentes oriundos de planos coletivos empresariais ou por adesão:**

- Declaração da Operadora/ Administradora anterior (o documento terá validade de 60 sessenta dias), em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando:
  - Operadora contratada;
  - Tipo de plano e acomodação em internação;
  - Relação de beneficiários (titular e dependentes), com as respectivas datas de início e fim da cobertura; e
  - Cópia da carteirinha, frente e verso.

## Informações Importantes

A redução de carências somente será aplicada para as vidas que se enquadrem nos requisitos comerciais estabelecidos, devidamente comprovados no momento da venda, não ocorrendo compra de carências para as vidas posteriormente incluídas em rotina de movimentação cadastral.

Caso haja o não aceite da redução de carências por parte da Central Nacional Unimed, deverá a Administradora de Benefícios estipulante comprovadamente informar o beneficiário sobre essa condição.

## Termo de Responsabilidade

Declaro ter ciência dos valores e das regras estabelecidas nas Normas para Promoções de Vendas e Tabelas de Vendas que me foram apresentadas e que este termo aditivo somente terá sua validade e efeito após aprovação por parte da CENTRAL NACIONAL UNIMED. Caso ele não seja aprovado, prevalecerão as normas do contrato principal.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nº da proposta contratual: 03400017623

Nome do titular / responsável: TESTE WELLINGTON

CPF: 04505416305

Nome do corretor: WAY

Código: 101202

CPF: 002.094.597-35

Assinatura do Corretor

Assinatura do Responsável

**TERMO DE ADESÃO**  
FATURA DIGITAL ALLCARE

ANS - nº41728-9

Nome completo do titular:  
TESTE WELLINGTONNúmero da Proposta:  
03400017623

## Fatura Digital AllCare

A AllCare disponibiliza para você a opção da **fatura digital**.

Com a **fatura digital**, você passa a receber sua fatura por e-mail e SMS todo mês com toda a segurança e a praticidade.

### Vantagens

- É simples, rápido e seguro;
- Sustentabilidade. Com esta atitude, você estará ajudando o meio ambiente;
- Aviso de vencimento. Receba lembrete via e-mail e SMS próximo à data de vencimento para que fique sempre em dia;
- Segurança. Evita o extravio da conta e de dados.

N

Autorizo o envio das faturas mensais através de e-mail e SMS em meus contatos informados abaixo:

Celular

e-mail

Local e Data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)