

AllCare Administradora de Benefícios São Paulo LTDA CNPJ: 07.674.593/0001-10

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

Início de Vigência

Mês de reajuste do contrato

S E T E M B R O

## ATENÇÃO

Esta proposta, só será válida, mediante realização de PERÍCIA MÉDICA. Será obrigatório anexar à esta Proposta de Adesão, uma via da FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA PERÍCIA MÉDICA, e uma via da PERÍCIA MÉDICA, ambas devidamente carimbadas e assinadas pela Unimed Recife.

Essa Proposta de Adesão só poderá ser comercializada para beneficiários residentes na área de atuação da Unimed Recife, conforme relação a seguir:

**Unimed Recife** – Abreu e Lima, Aliança, Amaragi, Araçoiaba, Barreiros, Buenos Aires, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Camutanga, Carpina, Chã de Alegria, Chã Grande, Condado, Escada, Feira Nova, Ferreiros, Glória do Goitá, Goiana, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Itambé, Itapissuma, Itaquetinga, Jaboatão dos Guararapes, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Limoeiro, Macaparana, Machados, Moreno, Nazaré da Mata, Olinda, Palmares, Paudalho, Paulista, Pombos, Primavera, Recife, Ribeirão, Rio Formoso, São José da Coroa Grande, São Lourenço da Mata, São Vicente Ferrer, Sirinhaém, Tamandaré, Timbaúba, Tracunhaém, Vicência, Vitória de Santo Antão.

**Unimed Sertão Central (Salgueiro)** – Belém de São Francisco, Carnaubeira da Penha, Cedro, Exu, Floresta, Itacuruba, Mirandiba, Salgueiro, São José do Belmonte, Serrita, Terra Nova e Verdejante.

**Unimed Pernambuco Central (Arcoverde)** – Afogados da Ingazeira, Alagoinha, Arcoverde, Betânia, Brejinho, Brejo da Madre de Deus, Buique, Caetés, Calumbi, Carnaíba, Custodia, Flores, Ibimirim, Inaja, Ingazeira, Itapetim, Jatauba, Pedra, Pesqueira, Poção, Sanharó, Santa Tereza, São José do Egito, Serra Talhada, Sertânia, Solidão, Tabira, Tacaratu, Terezinha, Triunfo, Tupanatinga, Tuparetama, Venturosa.

No caso de comercialização em outros municípios e/ou estados, a proposta será recusada e devolvida.

## 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	

## Entidade de Classe Conveniada

<input type="checkbox"/> CRQ1	<input type="checkbox"/> CRCPE	<input type="checkbox"/> CREF12/PE E AL	<input type="checkbox"/> FEBEUS	<input type="checkbox"/> CRO-PE
<input checked="" type="checkbox"/> CRA - PE	<input type="checkbox"/> CREA-PE	<input type="checkbox"/> CAAPE	<input type="checkbox"/> CRF-PE	<input type="checkbox"/> SINPRO - PE
Outras Entidades		<input type="checkbox"/> COREN-PE	<input type="checkbox"/> Sindpd-PE	<input type="checkbox"/> Corecon-PE
<input type="checkbox"/>				

Local e data

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

## Plano Pretendido

Assinale abaixo com um X o plano pretendido.

## ATENÇÃO

Todos os dependentes serão cadastrados na mesma categoria de plano do proponente titular.

Plano	Acomodação	Registro ANS	Coparticipação	Segmentação	Abrangência geográfica
<input type="checkbox"/> Unired de Recife CA (Básico)	Enfermaria	482.378/19-8	Não		Municipal
<input type="checkbox"/> UniRede RecifeCA (Especial)	Apartamento	482.377/19-0	Não		Municipal
<input type="checkbox"/> Prata 4 (Básico)	Enfermaria	461.219/10-1	Não		Estadual*
<input type="checkbox"/> Prata 4 (Especial)	Apartamento	461.220/10-5	Não		Estadual*
<input type="checkbox"/> Prata Extra 2 (Especial)	Apartamento	469.702/13-2	Não		Estadual*
<input checked="" type="checkbox"/> Diamante (Especial)	Apartamento	461.664/10-2	Não		Nacional
<input type="checkbox"/> Plano Referência – CA	Enfermaria	458.336/08-1	Não		Estadual

## Declaração - Plano Referência.

Declaro que me foi ofertado, como primeira opção de contratação, o Plano Referência da Operadora Unimed Recife, 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)

## Área de Abrangência Geográfica

É a área em que a operadora do plano de saúde se compromete a garantir as coberturas contratadas de assistência à saúde, conforme Lei 9.656/98 e suas atualizações.

## Unired de (Básico)

Cobertura de assistência médica no município de Recife e urgência e emergência estadual.

## Unired de (Especial)

Cobertura de assistência médica no município de Recife e Urgência e emergência estadual.

## Prata 4 (Básico)

Cobertura de assistência médica em todo o Estado de Pernambuco e urgência e emergência nacional.

## Prata 4 (Especial)

Cobertura de assistência médica em todo o Estado de Pernambuco e urgência e emergência nacional.

## Prata Extra 2 (Especial)

Cobertura de assistência médica em todo o Estado de Pernambuco e urgência e emergência nacional.

## Diamante (Especial)

Cobertura de assistência médica em todo o território nacional.

Local e data

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

PROPOSTA DE ADESAO  
AO PLANO DE SAUDE  
COLETIVO POR  
ADESAO  
Lei nº 9.656/98

838



ANS nº 41715-3

Diretora Técnica: Drª Maria de Lourdes C. de Araújo, CREMEPE: 3367

ANS nº 34488-5

## Dados do Proponente Titular

CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*		
04505416305	TESTE WELLINGTON		
Nome Completo e sem Abreviações (continuação)		Profissão	
Cartão Nacional de Saúde (SUS)		Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)	
Nome Completo da Mãe e sem Abreviações*			
RITAERENICE			
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		
51010000	AVENIDA ANTÔNIO DE GÓES		
Logradouro (continuação)		Número	Complemento
		325	B
Bairro	Município*		UF
PINA	RECIFE		PE
DDD	Telefone Residencial	DDD	Telefone Celular
		85	997329876
DDD		Telefone Comercial	
Ramal			
E-mail			
we.silveira@outlook.com			

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

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:	Grau de Parentesco:	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	

Local e data

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

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	333333				
	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						
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 da Mãe e sem Abreviações*						
Código do PIS/PASEP	Município de Nascimento					
03	CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*				
	Nome Completo e sem Abreviações (continuação)					
	Nº do Cartão Nacional de Saúde	DN – Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)				
	Estado Civil:					
	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Outros
	Data de Nascimento	Sexo	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*						
Código do PIS/PASEP	Município de Nascimento					

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

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

## Adesão e Vigência

Data de Adesão	Data da Vigência	Vencimento do Boleto Bancário
01 a 15	Dia 01 do 1º mês subsequente	Todo dia 01 de cada mês
16 a 31	Dia 15 do 1º mês subsequente	Todo dia 15 de cada mês

\*Em caso de pagamento em débito em conta, a Administradora concederá mais 5 dias, a contar da data de vencimento do boleto bancário, para o débito em conta-corrente.

Local e data

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

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

Proponente		Idade	Valor do Plano Médico	Total
Titular		29	R\$ 1.080,50	R\$ 1.080,50
Dependentes	1	08	R\$ 653,91	R\$ 653,91
	2			
	3			
	4			
	5			

**Atenção:** os valores indicados ao lado sofrerão mudança na incidência do (I) reajuste financeiro; (II) reajuste por sinistralidade, que ocorre no aniversário do contrato coletivo (SETEMBRO) ou na menor periodicidade permitida em lei e, ainda, em qualquer época pela mudança de faixa etária, inclusive entre a data de assinatura desta Proposta de Adesão e a data da 1ª cobrança do benefício. A tabela de faixa etária encontra-se na folha **15/22** desta Proposta.

Valor Total dos proponentes a ser cobrado diretamente pela Administradora.

**R\$ 1.734,41**

## Taxa de Angariação – Corretagem

Aceito e declaro que possuo plena ciência de que a taxa de angariação para ao angariador nesta data, em decorrência da prestação de serviços de corretagem, pelo Corretor Angariador, nesta contratação, possui valor diverso do valor das mensalidades do plano de saúde por mim contratado, 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 **05/22** desta Proposta.

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 **06/22**.

Declaro estar ciente e de acordo que o início da vigência da cobertura assistencial contratada se dará na data fixada na folha **05/22** desta Proposta, independentemente do pagamento de eventual Taxa de Angariação diretamente ao corretor.

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

Local e data

Rubrica do proponente 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** e através do aplicativo AllCare Cliente, disponível para iOS e Android de forma gratuita, 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 5/22 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 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.

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)

Local e data

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



## Anexo I - Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde



ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS SÃO PAULO LTDA

CNPJ Nº 07.674.593/0001-10

Nº de registro na ANS: 41728-9

Site: www.allcare.com.br

## Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

## Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde:

CARÊNCIAS	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	<b>Coletivo Empresarial</b>	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela Lei.
		<b>Coletivo por Adesão</b>	
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.	



<b>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)</b>	Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário, de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer a cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista da RN nº 162/2007.	<b>Coletivo Empresarial</b>	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.
<b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.	<b>Coletivo por Adesão</b>	
		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.	
<b>REAJUSTE</b>	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança da faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.	

<b>ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO</b>	Alterações na rede de prestadores de serviços devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.	
<b>VIGÊNCIA</b>	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
<b>REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO</b>	Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

#### PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO NOS PLANOS COLETIVOS

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde que continua vigente quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congêneres, órgão público ou empresa.

#### DIREITOS DOS ARTIGOS 30 E 31, DA LEI Nº 9.656/1998, NOS PLANOS COLETIVOS EMPRESARIAIS

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em evento, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa, órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

#### DIREITO DE MIGRAR PARA PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR APROVEITANDO CARÊNCIA DO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar. Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

### COBERTURA E SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Define o tipo de assistência a qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas, definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

### ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

### ÁREA DE ATUAÇÃO

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

### ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

Quando houver participação da Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

**Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).**

### ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO

**O Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.**

**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 minha **Proposta de Adesão** aos contratos de plano de assistência à saúde, coletivos por adesão (os “**benefícios**”), celebrados entre a **AllCare Administradora de Benefícios São Paulo LTDA**, (a “**Administradora de Benefícios**”) e a **UNIMED RECIFE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, (a “**operadora**”) indicados na página 2 desta Proposta e destinados à população que mantenha vínculo com a minha “Entidade”, que é a Pessoa Jurídica indicada na página **1/22** desta Proposta, conforme Resolução Normativa 195 da ANS;
2. Somente serão aceitos como dependentes o meu cônjuge; meus(minhas) filhos(as) solteiros(as) até 24 (vinte e quatro) anos incompletos; o(a) enteado(a), o(a) adotado(a), o(a) menor sob a guarda por força de decisão judicial e o(a) menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos e ainda cuja guarda tenha sido reconhecida (judicial ou extrajudicialmente); o(a) convivente, havendo união estável, na forma da Lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
3. Sou o único **responsável** pelos documentos e informações fornecidos por mim e por meu(s) dependente(s) sobre toda e qualquer circunstância que possa influir na aceitação desta **Proposta**, na manutenção ou no valor mensal dos **benefícios**, sabendo que **omissões ou dados incorretos** acarretarão perda de todos os meus direitos, bem como o(s) do(s) meu(s) dependente(s), decorrente(s) dos **benefícios**;
4. O **benefício** do plano de saúde, decorrente da aceitação desta Proposta, terá início na data indicada no campo “Início de Vigência”, **constante** na página **1/22** da presente, **quando eu e meu(s) dependentes(s)** indicado(s) passaremos a ser denominados “beneficiários”;
5. Assumindo a condição de **beneficiário**, ficam outorgados à Administradora de Benefícios amplos poderes para me representar, assim como o(s) meu(s) **beneficiário(s) dependente(s)**, perante a(s) **Operadora(s)** e outros órgãos, em especial a **ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar**, no cumprimento e/ou nas alterações destes **benefícios**, bem como nos reajustes dos seus valores mensais;
6. Tenho ciência de que a vigência indicada na página **1/22** desta proposta está de acordo com o período de adesão informado na página **5/22** e não se confunde com a vigência do contrato coletivo por adesão entre **Administradora de Benefícios e Operadora**, que ocorre todo mês de SETEMBRO de cada ano;
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 a disponibilidade 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 **Unimed Recife** assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo **Beneficiário** com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, **nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela Unimed Recife**;



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

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

11. Tenho ciência dos prazos de carência para utilização dos benefícios, conforme tabela indicativa a seguir, o qual a contagem se iniciará a partir do início da vigência do benefício, conforme página 5/22. 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.

## Prazos de Carência

Cobertura	Carência registrada na ANS:
Atendimento de urgência/emergência;	24 (vinte e quatro) horas
Consultas médicas;	30 (trinta) dias
Exames básicos de diagnóstico e terapia;	30 (trinta) dias
Exames especiais de diagnóstico e terapia, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, quimioterapia, radioterapia, diálise e hemodiálise;	180 (cento e oitenta) dias
Cirurgias e internamentos clínicos;	180 (cento e oitenta) dias
Parto de urgência e internamento dele decorrente;	180 (cento e oitenta) dias
Parto a termo;	300 (trezentos) dias
Doenças e lesões preexistentes.	24 (vinte e quatro) meses

12. Havendo na "**Declaração de Saúde**" a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), ou sendo estas detectadas por meio da perícia médica, 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 benefício, 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. As características do **benefício** relativas a: (I) segmentação assistencial; (II) acomodação em internação; e (III) abrangência geográfica estão definidas nas páginas 1 e 2 desta **Proposta**, assim como a área de atuação;

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

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 sobre 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) anos de Contrato.

16. Tenho ciência que devo comunicar expressamente à Administradora de Benefícios o pedido de minha exclusão do plano através dos seguintes canais de atendimento: I. Central de Atendimento ao Cliente; II. Site da AllCare: [www.allcare.com.br](http://www.allcare.com.br); e III. Presencial nos endereços da AllCare Administradora disponíveis no site.

17. Tenho ciência que a solicitação do cancelamento do plano deverá ser comunicada à **Administradora de Benefícios** que encaminhará à Operadora para adoção das medidas cabíveis, em conformidade com a Resolução Normativa nº 412, de 10 de Novembro de 2016, da **Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**.

18. Tenho ciência que, a **data de vencimento** da mensalidade do(s) meu(s) plano(s) será aquela indicada na página **5/22** desta **Proposta**, e o atraso no pagamento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do(s) benefício(s), mais acréscimo de mora diária de 0,0333% (zero vírgula zero três três três por cento) sobre o valor total do(s) benefício(s);

19. TENHO CIÊNCIA QUE, CASO NÃO OCORRA A QUITAÇÃO DA MENSALIDADE EM ATÉ **30 (TRINTA) DIAS** A CONTAR DA DATA DO VENCIMENTO ORIGINAL DA MENSALIDADE, PODERÁ OCORRER A **SUSPENSÃO** DO(S) BENEFÍCIO(S) APÓS DEVIDA NOTIFICAÇÃO, CUJA UTILIZAÇÃO SOMENTE SERÁ RESTABELECIDADA A PARTIR DA QUITAÇÃO INTEGRAL DO(S) VALOR(ES) PENDENTE(S), ACRESCIDO(S) DOS ENCARGOS SUPRACITADOS;

20. TENHO CIÊNCIA QUE, A INADIMPLÊNCIA POR PERÍODO SUPERIOR A **60 (SESSENTA) 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, DESDE QUE NOTIFICADO ATÉ O 50º (QUINQUAGÉSIMO) DIA;

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

22. No caso de inadimplência do valor mensal do(s) **benefício(s)**, por período **superior a 60 (sessenta) 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**;

23. 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;

24. 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);

25. 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 de SETEMBRO ou na menor periodicidade permitida em lei, independentemente da data de 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; (III) reajuste(s) em outra(s) hipótese(s) que venha(m) a ser autorizado(s) pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

Faixa Etária		Unirede (Especial) 482.377/19-0	Prata 4 (Básico) 461.219/10-1	Prata 4 (Especial) 461.220/10-5	PrataExtra2 (Especial) 469.702/13-2	Diamante (Especial) 461.664/10-2
De 0 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	13,06%	13,06%	13,86%	13,81%	16,76%	16,75%
De 24 a 28 anos	42,33%	42,33%	17,28%	19,44%	27,93%	27,94%
De 29 a 33 anos	6,42%	6,42%	4,35%	6,10%	10,62%	10,62%
De 34 a 38 anos	8,83%	8,83%	19,51%	21,39%	15,71%	15,70%
De 39 a 43 anos	23,29%	23,29%	16,32%	17,61%	13,57%	13,58%
De 44 a 48 anos	15,93%	15,93%	31,55%	28,17%	26,22%	26,22%
De 49 a 53 anos	29,13%	29,13%	43,56%	40,49%	39,62%	39,62%
De 54 a 58 anos	34,85%	34,85%	30,35%	28,83%	28,37%	28,37%
59 anos ou mais	28,98%	28,98%	23,28%	22,37%	22,10%	22,10%

26. 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;

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

28. Poderei **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;

29. O Foro para dirimir quaisquer questões oriundas da presente **Proposta** é o de Recife - PE



## 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 Unimed Recife Cooperativa de Trabalho Médico (a "Operadora") e destinado à população que mantenha vínculo com a minha "Entidade", que é a Pessoa Jurídica indicada na página **1/22** desta Proposta.
2. Tenho ciência de que a rede credenciada está disponível no site da operadora ([www.unimedrecife.com.br](http://www.unimedrecife.com.br)) e acessível por meio do site das operadoras.
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 da operadora.
4. Declaro estar ciente que o cancelamento do meu plano não me isentará de quitar o valor referente a minha coparticipação e de meus dependentes, bem mesmo as despesas pela utilização dos benefícios após o cancelamento do plano.

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 páginas 3, 4 e 5 desta Proposta ao benefício.

Declaro ter recebido, lido e compreendido, neste ato, o "Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde", e a cópia da presente "Proposta", da "Carta de Orientação ao Beneficiário" e da "Declaração de Saúde", e estou ciente de que os cartões de identificação do(s) beneficiário(s) e a lista de prestadores médico-hospitalares, de responsabilidade da Operadora, bem como o "Guia de Leitura Contratual (GLC)", serão enviado 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 **1/22** e **5/22** 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)



# FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA PERÍCIA MÉDICA PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO



ANS-nº 41728-9

Diretora Técnica: Drª. Maria de Lourdes C. de Araujo. CREMEPE: 3367

ANS-nº 34488-5

## Dados do Produtor de Vendas

Cód. da Corretora 1 0 1 2 0 2	Nome da Corretora W A Y
Nome do Supervisor L I L I A N C O R R Ê A M A R Q U E S M A C H A D O	CPF do Supervisor 0 0 2 . 0 9 4 , 5 9 7 - 3 5
Nome do Vendedor	CPF do Vendedor

- Declaro estar ciente de que devo me apresentar, no prazo de 10 (dez) dias da assinatura desta FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA PERÍCIA MÉDICA, a uma das Unidades conforme lista em anexo, para a realização da Perícia Médica. Fone para contato: 3198-2600.b
- Tenho ciência de que a vigência do meu contrato, bem como a minha cobertura médica e dos meus dependentes junto à Operadora, se dará de acordo com o quadro de Adesão e Vigência constante na folha 06/11 da minha **Proposta de Adesão**. As mensalidades do meu plano serão pagas diretamente à Administradora de Benefícios, através de boleto bancário correspondente, ou débito em conta, de acordo com o assinalado na respectiva Proposta de Adesão.
- Declaro que li o "Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde", sendo a mesma parte integrante desta FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA PERÍCIA MÉDICA.

## Dados do Titular

Nome T E S T E W E L L I N G T O N					
Data de Nascimento 0 5 / 0 6 / 1 9 9 1	Sexo M a s c u l i n o	Estado Civil S o l t e i r o			
Endereço A V E N I D A A N T Ô N I O D E G Ó E S					
Número 3 2 5	Bloco	Quadra	Apto.	Casa	CEP 5 1 6 1 0 0 0
Bairro P I N A	Cidade R E C I F E				UF P E
Fones 5 1 9 7 3 2 9 8 7 6					
E-mail w e . s i l v e i r a @ o u t l o o k . c o m					
Tem ou já teve outro plano de saúde?		Qual?		Data Último Pagamento	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Plano Escolhido U N I M E D R E C I F E - D i a m a n t e			Acomodação		

**Dados do(s) Dependente(s)** – São considerados dependentes o meu cônjuge; meus (minhas) filhos(as) solteiros(as) até 24 (vinte e quatro) anos incompletos; o(a) enteado(a), o(a) adotado(a), o(a) menor sob a guarda por força de decisão judicial e o(a) menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos e ainda cuja guarda tenha sido reconhecida (judicial ou extrajudicialmente); o(a) convivente, havendo união estável, na forma da Lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial.

Nome do(s) Dependente(s)	Data de Nascimento	Valor Pl. Saúde (R\$)
TESTE WELLINGTON	05/06/1991	R\$ 1.080,50
LARA SAFIRA	09/04/2012	R\$ 653,91
Documentação obrigatória a serem entregues no dia da perícia médica (cópias): RG, CPF, certidão de casamento, comprovante de endereço e comprovante de vínculo do titular com a Entidade de Classe. <b>Menor de idade:</b> certidão de nascimento e CPF.	<b>Total Geral (R\$)</b>	<b>R\$ 1.734,41</b>

Local e Data	Assinatura do Proponente Titular/Responsável Financeiro
	Assinatura do Vendedor

## Declaração de Saúde

A finalidade desta Declaração de Saúde é registrar todos os dados sobre as doenças ou lesões de que o proponente titular e/ou seus(s) dependente(s) saiba(m) ser portador(es) ou sofredor(es), seja a por diagnóstico feito ou conhecido, e das quais tenha(m) conhecimento no momento da assinatura da Proposta acima referida.

Registro provisório da ANS Nº:	Vinculado ao Contrato Nº:	Plano:
--------------------------------	---------------------------	--------

Para preenchimento desta Declaração de Saúde, o proponente titular tem a alternativa de ser instruído por um médico apontado pela Operadora, sem ônus financeiro para o proponente, ou por médico de sua livre escolha, caso em que as despesas com os honorários serão totalmente de sua responsabilidade.

Responda às questões abaixo fornecendo as informações solicitadas escrevendo "S" para as respostas positivas e "N" para as respostas negativas, no que diz respeito ao proponente titular e também aos seus dependentes.

Item	Em caso de resposta afirmativa assinalada com um "S" em alguma das questões abaixo, especifique no quadro descritivo, na página seguinte. <b>É portador de:</b>	Titular	Dependentes				
			1	2	3	4	5
1.	Doenças sexualmente transmissíveis ou doenças infectocontagiosas, tais como AIDS/SIDA, doenças venéreas, hepatites, meningites, tuberculoses, chagas e outras?	N	N				
2.	Doença respiratória (enfisema, asma, bronquite, pneumonia, adenoide, sinusite, otite, outras)?	N	N				
3.	Problemas ortopédicos (escoliose, cifose, artrose, fraturas, hérnia de disco) ou outro distúrbio ósseo ou de membros?	N	N				
4.	Doença neurológica (derrame cerebral, paralisia cerebral, Parkinson, AVC, Alzheimer, epilepsia ou outras)?	N	N				
5.	Doença endócrina/metabólica (diabetes, lúpus, hipertireoidismo, hipotireoidismo, osteoporose, obesidade ou outras)?	N	N				
6.	Câncer (tumorção ou leucemia)?	N	N				
7.	Hérnia de disco cervical, lombar, dorsal ou de qualquer outra natureza?	N	N				
8.	Doença cardíaca, vascular (varizes, úlceras de perna ou outras) ou hipertensão arterial?	N	N				
9.	Doença do aparelho urinário (rins, bexiga, próstata, uretra)?	N	N				
10.	Distúrbio psiquiátrico ou psicológico?	N	N				
11.	Doença ginecológica (cisto de ovário, endometriose, mioma, incontinência urinária, tumor de mama)?	N	N				
12.	Doença reumatológica (reumatismo, artrite, outros)?	N	N				
13.	Sequela de acidente, moléstia adquirida ou congênita?	N	N				
14.	Úlcera ou de outras doenças do aparelho digestivo?	N	N				
15.	Deficiência visual (catarata, glaucoma, outras)?	N	N				
16.	Doença do ouvido, nariz ou garganta, tal como sinusite, desvio de septo, amigdalite, otite e outras?	N	N				
17.	Doença do sangue, tal como anemia, leucemia, linfoma, doença de Hodgkin, mieloma múltiplo, hemofilia, púrpura, talassemia e outras?	N	N				
18.	Doença de pele (dermatites, eczemas, psoríase, nevos ou outras)?	N	N				
19.	Existe algum transtorno na região da face tais como: dificuldade para mastigação, problemas de oclusão dentária ou desalinhamento maxilar e mandibular? Usa ou usou aparelho ortodôntico?	N	N				
20.	Doença(s) não relacionada(s) acima?	N	N				

Indique, no quadro abaixo, as informações de peso e altura sobre você e seu(s) dependente(s).

Unidade de Medida	Titular	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4	Dependente 5
Peso (Kg)	90	45				
Altura (m)	1.7	1.2				

**ATENÇÃO:** A obesidade mórbida será caracterizada para fins de CPT - Cobertura Parcial Temporária, sempre que o IMC for superior a 40 kg/m<sup>2</sup> ou superior a 35 kg/m<sup>2</sup> e portador de doença crônica associada. O Índice de Massa Corpórea (IMC) é calculado dividindo-se o peso em quilogramas pela altura em metros, elevada ao quadrado: IMC=Peso (em Kg) / Altura<sup>2</sup> (em metros).

A finalidade desta Declaração de Saúde é registrar todos os dados sobre as doenças ou lesões de que o proponente titular e/ou seus(s) dependente(s) saiba(m) ser portador(es) ou sofredor(es), seja a por diagnóstico feito ou conhecido, e das quais tenha(m) conhecimento no momento da assinatura da Proposta acima

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos acima, especificar o item, proponente, motivo e data do evento.

[illegible]

Havendo a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) por parte do proponente titular e/ou de seu(s) dependente(s), poderá se aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual aceita, por um tempo ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do benefício, a interrupção da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s). A Operadora se reserva ao direito de não oferecer o Agravo como opção à CPT, conforme lhe faculta o arquivo 6º, parágrafo primeiro, da Resolução Normativa nº 162/07 da ANS.

## Da responsabilidade do proponente e beneficiário

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o proponente titular e/ou seu(s) dependente(s) saiba(m) ser portador(es) no momento do preenchimento desta Declaração de Saúde, desde que comprovada na ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso o proponente titular, como beneficiário, será responsável pelo pagamento das eventuais despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida a partir da data em que tiver recebido o Termo de Comunicação, por parte da Operadora, alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

## DEFINIÇÕES

**Cobertura Parcial Temporária (CPT)**

"Considera-se Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal" (Art.2º, inciso II, da Resolução nº 162 da ANS, de 17/10/2007).

## Agravo

"Considera-se Agravio como 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" (Art. 2º, inciso II, da Resolução nº 162 da ANS, 17/10/2007).

A finalidade desta Declaração de Saúde é registrar todos os dados sobre as doenças ou lesões de que o proponente titular e/ou seus(s) dependente(s) saiba(m) ser portador(es) ou sofredor(es), seja a por diagnóstico feito ou conhecido, e das quais tenha(m) conhecimento no momento da assinatura da Proposta acima referida.

- (I) Autorizo a Operadora a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas, laboratórios ou a mim, exames, prontuários e outras informações necessárias a quaisquer esclarecimentos relacionados a esta Declaração de Saúde;
- (II) Tenho Ciência de que a omissão de informação sobre doença ou lesão preexistente da qual e/ou meu(s) dependente(s) saiba(mos) ser portador(es) na data da assinatura desta Proposta, seja a pôr diagnóstico feito ou conhecido, desde que seja comprovada na ANS, poderá acarretar a suspensão ou cancelamento do benefício. Nesse caso, como beneficiário, serei responsável pelo pagamento de eventuais despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que eu tiver recebido comunicado ou notificação, por parte da Operadora, sobre a existência da doença ou lesão não declarada;
- (III) Preenchi a minha Declaração de Saúde e de todos os meus dependentes neste ato e que, sendo meus dependentes maiores de 15 (quinze) anos - esposo(a) ou companheiro(a), filho(a) solteiro(a)-, comprometo-me a investigar as informações com eles e havendo necessidade de alteração(ões), eu a(s) apresentarei por escrito, no prazo de 7 (sete) dias contados a partir da data de assinatura desta declaração, sob pena de não atendimento ou de exclusão do(s) beneficiário(s) dependentes(s) com informações inadequadas e, até mesmo, rescisão, caso apurada a omissão;
- (IV) ( ) optei por ser orientado por um médico indicado pela Operadora.  
( ) optei por ser orientado por um médico de minha livre escolha e confiança.  
( ) dispensei a presença de um médico orientador.

Local e Data

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico orientador (se houver)

Assinatura do proponente titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes) passível de reconhecimento em cartório

Declaro que prestei as orientações necessárias para o proponente titular ou seu representante legal (no caso de menores ou incapazes) preencher de próprio punho esta Declaração de Saúde

CRM e assinatura do médico, sob carimbo

**Resolução Normativa - RN Nº 162, DE 17 DE OUTUBRO DE 2007**

Estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao beneficiário, dispõe sobre doenças ou lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de saúde e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio do DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência a saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar; revoga as Resoluções CONSU nº 2, de 4 de novembro de 1998, CONSU nº 17 de 23 de março de 1999, artigo 2º e 4º da resolução CONSU nº 15 de 23 de março de 1999, a Resolução Normativa 20 de 12 de dezembro de 2002 e a Resolução Normativa RN nº 55 de 2 de novembro de 2003 e altera a Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006.

Das Disposições Gerais Esta Resolução dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), Cobertura Parcial Temporária (CPT) Declaração de Saúde (DS), Carta de orientação ao Beneficiário e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de doença ou lesão preexistente pelo beneficiário de plano privado de assistência a saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

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 de cobertura de Procedimento de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declarada pelo beneficiário ou seu representante legal.

Agravo com qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência a saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura, 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;

O beneficiário tem direito de preencher a declaração de saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente a lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pelo contratada, sem qualquer ônus para beneficiário.

Caso haja a omissão de conhecimento de DLP por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde pelo beneficiário, a operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao mesmo através do termo de comunicação ao Beneficiário, conforme descrito no inciso V do Art. 18 desta resolução, e poderá:

I. Oferece a CPT - Cobertura Parcial Temporária por parte da operadora ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data do recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses de assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde;

II. Oferecer o agravo;

III. Solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fratura, ou após recusa de beneficiário à CPT - Cobertura Parcial Temporária.

IV. Suspender ou rescindir o contrato do plano de saúde de forma unilateral por parte da operadora conforme disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da lei nº 9656, de 1998.

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura e Identificação do Beneficiário



## CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

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

## O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou 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 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 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 carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.\*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- Não haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

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

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

Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.

Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

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

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

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

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

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

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

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_



## Objeto

Este aditivo tem por finalidade propiciar a todos os beneficiários inscritos na Proposta de Adesão número 025001838 a concessão de redução dos prazos de carências definidos na Proposta de Adesão e de acordo com o contrato e os direitos do plano escolhido.

## Das normas para o cadastramento dos beneficiários

A redução de carência é válida para o titular e seus dependentes, quando oriundos das seguintes operadoras: **Amil, Bradesco, SulAmérica e Unimed**s, de acordo com a devida comprovação de tempo de plano anterior nestas Operadoras.

## Dos novos prazos para carência

Reduzem-se os prazos previstos nas cláusulas sobre carências, de acordo com a tabela que se segue:

Grupos	Procedimentos	3033 ARC Padrão	3034 Para advindos das Operadoras congêneres	3035 Para advindos das Operadoras congêneres
<b>A</b>	Atendimento de Urgência e Emergência.	24 horas	24 horas	24 horas
<b>B</b>	Consultas Médicas.	30 dias	Isento	Isento
<b>C</b>	Exames Básicos de Diagnóstico e Terapia.	30 dias	Isento	Isento
<b>D</b>	Exames Especiais de Diagnóstico e Terapia, Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Psicologia, Quimioterapia, Radioterapia, Diálise, Hemodiálise.	180 dias	90 dias	90 dias
<b>E</b>	Cirurgia e Internação Clínica.	180 dias	180 dias	90 dias
<b>F</b>	Parto de Urgência e Internação dele decorrente.	180 dias	180 dias	180 dias
<b>G</b>	Parto a termo.	300 dias	300 dias	300 dias

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



# ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS CONTRATO COLETIVO POR ADEÇÃO

Versão

2019\_07



## Critérios:

Diretora Técnica: Drª. Maria de Lourdes C. de Araújo. CREMEPE: 3367

- ☐ **S** ARC **3033** Carência Contratual.
- ☐ **N** ARC **3034** Redução para beneficiários oriundos de operadoras congêneres, com no mínimo 1 ano de permanência.
- ☐ **N** ARC **3035** Redução para beneficiários oriundos de operadoras congêneres, com no mínimo 2 anos de permanência.

## Documentação Obrigatória

Anexar os últimos 3 boletos devidamente quitados (sendo o último há menos de 30 dias) e cópia do cartão de identificação do plano de origem e/ou declaração de tempo de permanência da operadora anterior carimbada e assinada (atualizada e original) de cada beneficiário relacionado abaixo:

	Dados Cadastrais	Operadora atual	Plano atual	Desde	Último pagamento	Código da carência a cumprir
Titular						
Dep. 1						
Dep. 2						
Dep. 3						
Dep. 4						
Dep. 5						

## Termo de Responsabilidade

Declaro ter recebido cópia deste Aditivo de Redução de Carências e que estou de acordo com os seus termos. Estou ciente de que a possibilidade de redução de carências será analisada de forma individual, para cada proponente, e de que essa possibilidade está subordinada à análise e à aprovação de documentos por parte da Operadora. Estou ciente também de que os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas neste Aditivo e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências contratuais.

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

Nº da proposta contratual: 025001838Nome do titular/responsável: TESTE WELLINGTONCPF do titular/responsável: 04505416305

Assinatura do proponente titular/responsável: \_\_\_\_\_