

PROPOSTA DE ADESAO PJ Coletivo por adesao

CNPJ da empresa

ANS - nº 353353

DADOS PESSOAIS DO TITULAR

Nome do Titular					Data de Nascimento / /	
Sexo (M/F)	Estado Civil	Escolaridade	CPF	RG	Órg. Emissor	
Profissão	Data contratação / /	Cód. Beneficiário	Plano	Dia vencimento	Valor Titular (R\$)	
PIS/PASEP	CNS	Nome da mãe				
Assinatura do Titular						

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA DO TITULAR

Logradouro (rua, avenida, praça, etc) e complemento (nº andar, sala, aptº, etc)				Bairro	
Cidade	UF	CEP	Fone	e-mail	

DADOS DOS DEPENDENTES

Tipo de Vínculo: 1-Benef. Titular 2-Cônjuge/companheiro(a) 3-Filho(a) 4-Enteado(a) 5-Pai/Mãe 6-Agregado 7-Outros 8-Titular Menor CPF Responsável	
Estado Civil: 1 Solteiro - 2 Casado - 3 Divorciado - 4 Desquitado - 5 Viúvo - 6 Outros	
Código do Plano	[1] 473300152 - UNILIGHT EMPRES. AMBULATORIAL: AMBULATORIAL [2] 473301151 - UNIMULTI EMPRESARIAL ESPECIAL: AMB. + HOSP. C/ OBSTETRÍCIA [3] 473308158 - UNIMULTI EMPRES. BÁSICO C/ COPART: AMB. + HOSP. C/ OBSTETRÍCIA [4] 473305153 - UNIMULTI EMPRES. BÁSICO: AMB. + HOSP. C/ OBSTETRÍCIA [5] 473302159 - UNIMULTI EMPRES. ESPEC. / COPART: AMB + HOSP. C/ OBSTETRÍCIA [6] 473306151 - UNIVIDA BÁS. CO-PARTICIPAÇÃO: AMB + HOSP. C/ OBSTETRÍCIA [7] 473307150 - UNIVIDA BÁSICO: AMB + HOSP. C/ OBSTETRÍCIA [8] 473303157 - UNIVIDA ESPECIAL: AMB + HOSP. C/ OBSTETRÍCIA [9] 473304155 - UNIVIDA ESPEC. C/ COPARTICIPAÇÃO: AMB + HOSP. C/ OBSTETRÍCIA

Dependente 01:				Vínculo	Sexo	EC	Dt Nasc.
CPF	RG	OE	País	Cód. Pessoa	CNS		
Nome da mãe				Código Plano	Valor		

Dependente 02:				Vínculo	Sexo	EC	Dt Nasc.
CPF	RG	OE	País	Cód. Pessoa	CNS		
Nome da mãe				Código Plano	Valor		

Dependente 03:				Vínculo	Sexo	EC	Dt Nasc.
CPF	RG	OE	País	Cód. Pessoa	CNS		
Nome da mãe				Código Plano	Valor		

Dependente 04:				Vínculo	Sexo	EC	Dt Nasc.
CPF	RG	OE	País	Cód. Pessoa	CNS		
Nome da mãe				Código Plano	Valor		

Para uso da UNIMED TERESINA

Teresina-PI, ____/____/____

DECLARAÇÃO

DECLARAMOS para todos os fins de direito e sob as penas da lei que os usuários relacionados nesta proposta, fazem parte desta instituição _____, fato que certifiquei pessoalmente, e atesto sob pena de incorrer na prática de crime de falsidade ideológica.

Presidente / Diretor

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Referente a proposta de adesão

Esta declaração é parte integrante do contrato que ora se assina, válido para todos os usuários indicados na PROPOSTA DE ADESÃO.

Estou ciente da minha obrigação de informar, nesta oportunidade, em meu nome e dos meus dependentes, se portador ou não de lesões ou doenças preexistentes, sob pena de imputação de fraude. Declaro que a UNIMED colocou a minha disposição profissionais médicos para orientação quanto ao preenchimento desta declaração.

1. DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Item	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para as respostas afirmativas e (N) para negativas	Titular	Dependentes							
			1	2	3	4	5	6	7	8
1	Sofre(u) de alguma doença infectocontagiosa (AIDS, hepatite, Chagas, tuberculose, meningite, outras)? Especifique.									
2	Sofre(u) de doenças respiratórias (enfisema, asma, bronquite, pneumonia, outras)? Especifique									
3	Sofre(u) de problemas ortopédicos (escoliose, cifose, artrose, fraturas, hérnia de disco) ou outro distúrbio ósseo ou de membros? Especifique.									
4	Sofre(u) de doenças neurológicas (derrame cerebral ou outra)? Especifique.									
5	Sofre(u) de diabetes?									
6	Sofre(u) de câncer (tumoração ou leucemia)? Especifique.									
7	Sofre(u) de hérnia de qualquer natureza? Especifique.									
8	Sofre(u) de doença cardíaca, vascular ou hipertensão arterial. Especifique.									
9	Sofre(u) de alguma doença do aparelho urinário (rins, bexiga, próstata, uretra)? Especifique.									
10	Sofre(u) de algum distúrbio psiquiátrico, psicológico ou retardo físico/mental? Especifique.									
11	Sofre(u) de doenças ginecológicas (cisto de ovário, endometriose, mioma, incontinência urinária, tumor de mama)? Especifique.									
12	Sofre(u) de alguma doença reumatológica (reumatismo, artrite, outras)? Especifique.									
13	Sofre(u) de sequela de acidente, moléstia adquirida ou congênita? Especifique.									
14	Sofre(u) de úlcera ou outras doenças do aparelho digestivo (fígado, vesícula biliar, intestinos etc.)? Especifique.									
15	Tem indicação de submeter-se a alguma intervenção cirúrgica? Especifique									
16	Tem qualquer deficiência visual (catarata, glaucoma, miopia, outros) ou auditiva? Especifique.									
17	Faz (fez) uso de tratamento diferenciado: quimioterapia, corticoideterapia, radioterapia, fisioterapia, insulino terapia ou hemodiálise?									

2. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

18	Sofre(u) alguma doença não relacionada acima que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de exame ou tratamento? Especifique.									
19	Faz uso habitual de algum medicamento? Especifique.									
20	É fumante?									
21	Faz (fez) uso de marca-passo ou prótese cardíaca/ortopédica?									
22	Sofre(u) de alcoolismo?									
23	É portador de abdômen em pêndulo, mama gigante e/ou alguma deformidade física? Especifique.									
24	Sofre(u) de alguma doença não relacionada acima? Especifique.									

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

ITEM	PROPONENTE	DATA DO EVENTO	ESPECIFICAÇÕES

Declaro para os devidos fins e efeitos que as informações de saúde relativas a mim e a meus dependentes foram espontaneamente feitas, estando ciente de que nos termos da Lei nº 9656/98 a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das carências/agravs poderá ser considerada comportamento fraudulento, implicando na minha responsabilidade pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica-hospitalar e finalidade previstas na lei. Com base nas respostas afirmativas da presente declaração de saúde, caracterizando assim lesão ou doença preexistente, ficam estabelecidas as coberturas parciais temporárias ou agravos estabelecidos na Proposta de Adesão.

DATA DA DECLARAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR
(Ou responsável caso o titular seja menor de 18 anos)

ANEXO
CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula a 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 medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR 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 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 - Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

Beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____