

Início da Vigência do(s) Beneficiário(s)

A data de vigência do contrato varia de acordo à forma de pagamento: a) mensalidades pagas mediante boleto bancário, o contrato terá início de vigência no dia 1º (primeiro) do mês subseqüente à aprovação da proposta; b) mensalidades pagas mediante consignação em folha, o contrato terá início de vigência no dia 1º (primeiro) do 2º (segundo) mês subseqüente à aprovação da proposta, conforme detalhado na cláusula 5 do contrato.

Contratação
 Inicial

 Portabilidade

 Dependentes do Titular Vigente

Opções de Plano

	Plano	Registro da ANS	Acomodação em Internação	Segmentação Assistencial	Abrangência Geográfica
<input type="checkbox"/>	Básico	461.746/10-1	Coletiva	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Estadual (SP)
<input type="checkbox"/>	Especial	461.748/10-7	Individual	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Estadual (SP)
<input type="checkbox"/>	Master	467.454/12-5	Individual	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Estadual (SP)
<input type="checkbox"/>	Uniplan Adesão Básico	461.838/10-6	Coletiva	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Nacional
<input type="checkbox"/>	Uniplan Especial	461.839/10-4	Individual	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Nacional
<input type="checkbox"/>	Uniplan Master	467.453/12-7	Individual	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Nacional

Formas de Pagamento
 Boleto: Vencimento dia 5.
 Vencimento dia 10.

 Desconto em Folha

Valor total do benefício (titular e dependentes, se houver)

 R\$

Número da Proposta

Entidade

Dados do Titular

Nome Completo (sem abreviações)			Data de Nascimento
Nome do responsável (em caso de menor)			
Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			Sexo
RG	CPF	Cartão Nac. de Saúde (CNS)	
Profissão		Data de Admissão	Número do PIS
Nome Completo da Mãe (sem abreviações)			Valor individual benefício (R\$)
E-mail do Titular			

Endereço para Correspondência

Logradouro		Nº	Complemento
CEP	Bairro	Município	
Tel. Residencial	Telefone Comercial	E-mail	

Dados do(s) Dependente(s)

Dependente 01 – Nome Completo (sem abreviações)			Cartão Nac. de Saúde (CNS)
CPF	Parentesco	Data de Nascimento	Estado Civil
Sexo	Nº Declaração de Nascido Vivo*	Nome Completo da Mãe (sem abreviações)	Valor individual benefício (R\$)
Dependente 02 – Nome Completo (sem abreviações)			Cartão Nac. de Saúde (CNS)
CPF	Parentesco	Data de Nascimento	Estado Civil
Sexo	Nº Declaração de Nascido Vivo*	Nome Completo da Mãe (sem abreviações)	Valor individual benefício (R\$)

Número da Proposta

Entidade

Dependente 03 – Nome Completo (sem abreviações)			Cartão Nac. de Saúde (CNS)
CPF	Parentesco	Data de Nascimento	Estado Civil
Sexo	Nº Declaração de Nascido Vivo*	Nome Completo da Mãe (sem abreviações)	Valor individual benefício (R\$)
Dependente 04 – Nome Completo (sem abreviações)			Cartão Nac. de Saúde (CNS)
CPF	Parentesco	Data de Nascimento	Estado Civil
Sexo	Nº Declaração de Nascido Vivo*	Nome Completo da Mãe (sem abreviações)	Valor do benefício (R\$)
Dependente 05 – Nome Completo (sem abreviações)			Cartão Nac. de Saúde (CNS)
CPF	Parentesco	Data de Nascimento	Estado Civil
Sexo	Nº Declaração de Nascido Vivo*	Nome Completo da Mãe (sem abreviações)	Valor individual benefício (R\$)
Dependente 06 – Nome Completo (sem abreviações)			Cartão Nac. de Saúde (CNS)
CPF	Parentesco	Data de Nascimento	Estado Civil
Sexo	Nº Declaração de Nascido Vivo*	Nome Completo da Mãe (sem abreviações)	Valor individual benefício (R\$)

*Somente para nascidos após janeiro de 2010.

OBSERVAÇÕES: No caso de inclusão de dependente(s) é obrigatória a entrega da seguinte documentação:

Cônjuge: Cópia do RG, CPF, Certidão de Casamento e Cartão Nacional de Saúde (CNS);

Companheiro (a): Cópia do RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde (CNS). Declaração de União Estável emitida pelo cartório.

Filho(a) solteiro (a) até 24 anos incompletos: Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e Cartão Nacional de Saúde (CNS);

Enteado(a) solteiro(a) até 24 anos incompletos: Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e Cartão Nacional de Saúde (CNS);

Filho(a) inválido(a) de qualquer idade: Cópia do RG ou certidão de nascimento, CPF, declaração de invalidez emitida pelo INSS e Cartão Nacional de Saúde (CNS);

Menor sob a guarda por força de decisão judicial: Cópia do RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS);

Menor tutelado: Cópia RG ou Certidão de nascimento, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS) e tutela ou "termo de guarda" expedido por órgão oficial.

Número da Proposta

Entidade

Plano de Referência

Declaro que me foi oferecida a contratação do Plano ADESÃO REFERÊNCIA, com registro na ANS nº 402.733/98-7 da UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, CNPJ nº 43.643.139/0001-66, com registro na ANS nº 31.999-6, de acordo com a Lei nº 9.656/98 e suas atualizações, mas que optei pela contratação do plano definido no item “Opções de Plano”, na primeira página da Proposta de adesão. Antes de optar pelo plano descrito nesta proposta, fui esclarecido sobre as condições do Plano Referência e que está disponível para aquisição.

Dados do(a) Vendedor(a)

Nome do(a) Vendedor(a)		Código do(a) Vendedor	
CPF	Telefone Celular	Telefone Comercial	
E-mail			

Corretor/Vendedor

Data de Assinatura da Proposta de Adesão

_____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Corretor

Assinatura do Beneficiário Titular

Número da Proposta

Entidade

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

1. Este instrumento é o Contrato de Adesão (Proposta) ao contrato de assistência médica coletiva por adesão, (Benefício), estipulada pela IGM Administradora de Benefícios LTDA. (Administradora de Benefícios) com a UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS (Operadora) e destinada à população que mantenha vínculo com a “Entidade”, que é a Pessoa Jurídica indicada na página 1 desta Proposta.
2. O proponente declara que mantém vínculo com a Entidade indicada na página 1 desta Proposta, cuja documentação comprobatória desse vínculo foi entregue ao angariador, no ato da assinatura desta, para que seja conferida pela Administradora de Benefícios, podendo esta Proposta ser recusada em razão da falta de elegibilidade, nos termos da Resolução Normativa 195/2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
3. Serão aceitos como dependentes do proponente titular: o(a) cônjuge ou companheiro(a), filho (a) solteiro (a) até 24 anos incompletos; enteado (a) solteiro (a) até 24 anos incompletos; filho (a) inválido (a) de qualquer idade; menor sob a guarda por força de decisão judicial e menor tutelado.
4. O proponente declara que é o único responsável pelos documentos e informações fornecidos por ele e por seu(s) dependente(s) sobre toda e qualquer circunstância que possa influir na aceitação desta Proposta, na manutenção ou no valor mensal do benefício, sabendo que omissões ou dados errôneos acarretarão a perda de todos os direitos, bem como os do(s) seu(s) dependente(s), decorrentes do benefício. Está ciente também que a aceitação da proposta está condicionada a inexistência de débitos com a IGM decorrente de contratações anteriores.
5. Início de vigência desta proposta:
 - 5.1 Para os contratos cuja forma de pagamento seja mediante boleto bancário: a proposta de adesão, devidamente preenchida e assinada pelo proponente titular, efetivamente entregue na Administradora de Benefícios até o dia 05 (cinco) de cada mês junto com os documentos comprobatórios de elegibilidade, terá início de vigência no dia 1º (primeiro) do mês seguinte. Propostas entregues após o dia 05 (cinco) de cada mês terão vigência no dia 1º (primeiro) do 2º (segundo) mês subsequente, desde que atendidos os requisitos e entregue a documentação necessária. A partir da vigência da proposta, o proponente titular e seu(s) dependente(s) passarão a ser denominados “beneficiários”.
 - 5.2 Para os contratos cuja forma de pagamento seja mediante consignação em folha de pagamento: a proposta de adesão, devidamente preenchida e assinada pelo proponente titular, efetivamente entregue na Administradora de Benefícios até o dia 30 (trinta) de cada mês junto com os documentos comprobatórios de elegibilidade, terá início de vigência no dia 1º (primeiro)

Número da Proposta

Entidade

do 2º (segundo)mês subsequente. Propostas entregues após o dia 30 (trinta) de cada mês terão vigência no dia 1º (primeiro) do 3º (terceiro) mês subsequente, desde que atendidos os requisitos e entregue a documentação necessária. A partir da vigência da proposta, o proponente titular e seu(s) dependente(s) passarão a ser denominados “beneficiários”.

6. Assim que for assumida a condição de beneficiário titular, ficam outorgados à Administradora de Benefícios amplos poderes para representá-lo, assim como o(s) seu(s) beneficiário(s) dependente(s), perante a Operadora e outros órgãos, em especial a ANS, no cumprimento e/ou nas alterações deste benefício, bem como nos reajustes dos seus valores mensais.

7. O contrato coletivo por adesão firmado entre a Administradora de Benefícios e a Operadora, que o proponente passará a integrar, vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, podendo ser renovada, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, no prazo de 60 (sessenta) dias, de qualquer das partes, seja pela Administradora de Benefícios ou pela Operadora. A vigência do benefício desta Proposta não se confunde com a vigência da apólice coletiva. Em caso de rescisão dessa apólice coletiva, a Administradora de Benefícios fará a comunicação desse fato ao beneficiário titular no prazo de 30 (trinta) dias de antecedência.

8. Os beneficiários poderão utilizar o plano por meio dos prestadores credenciados pela Operadora de acordo ao produto contratado conforme a respectiva área de abrangência, que no caso de ser classificado como “Estadual”, a cobertura será somente no Estado de São Paulo, sendo garantido, no caso de urgência/emergência, o atendimento nacional pela rede credenciada ao Sistema Unimed.

9. O benefício cobrirá as despesas com serviços médico-hospitalares relacionados no “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”, instituído pela 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), observada a abrangência das condições gerais deste benefício.

10. As coberturas excluídas do benefício são aquelas que não se incluem no “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”, da ANS, bem como as despesas não cobertas citadas na Lei nº 9.656/98 e nas normas regulamentares da ANS, cuja relação está detalhada no Manual do Beneficiário.

11. Os prazos de carência são os períodos nos quais nem o beneficiário titular nem seu(s) beneficiário(s) dependente(s) terão direito a determinadas coberturas, mesmo que em dia com o pagamento do benefício. Haverá prazos de carência para utilização do benefício, conforme tabela indicativa abaixo. Os prazos de carências são contados a partir da data de vigência da presente proposta. Para efeitos de isenção de carências, devem-se observar as normas regulamentares da ANS e a legislação em vigor:

Número da Proposta

Entidade

Eventos	Carências
Urgência e emergência	24 horas
Consultas e Exames complementares	30 dias
Exames e Procedimentos Especiais: Ressonância Nuclear Magnética (todas); Tomografias Computadorizadas (todas); Ultrassonografias (todas); Mamografia; Densitometria óssea; Radiologia Intervencionista e com Contraste (todas); Angiografia (todas); Arteriografia (todas); Cateterismo Cardíaco; Procedimentos Diagnósticos em Hemodinâmica (todos) com ou sem procedimentos terapêuticos; Ecocardiogramas (qualquer tipo); Ecodoppler vascular (ultrasson vascular); Testes Ergométricos; Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (MAPA); Holter; Medicina Nuclear (todos); Polissonografia; Eletroencefalograma Prolongado; Potencial Evocado (todos); Mapeamento cerebral (todas); Estudo P-300; Eletroneuromiografia; Eletromiografia; Colonoscopia com ou sem polipectomia; Endoscopias (qualquer tipo); Laparoscopia Cirúrgica e Diagnóstica; Video-histeroscopia cirúrgica e diagnóstica; Broncoscopia (qualquer tipo); Video-artroscopia; Imunoperoxidase; PCR Quantitativo; Hibridização molecular; Ph-metria; Punções (todas); Biopsias aspirativas (todas); Retinografia (simples e fluorescente); Microscopia especular de córnea; Ceratoscopia computadorizada; Urodinâmica completa; Estudo Urodinâmico; Exames e testes Otorrinolaringológicos (todos); Exames e testes Oftalmológicos (todos); Exames e testes Alergológicos (todos); Prova Ventilatória completa (qualquer tipo); Litrotripsia (todos); Oxigenoterapia hiperbárica; Capsulotomia (Yag ou cirúrgica); Facectomia com ou sem implante; Videolaparoscopia.	90 dias
Atos e Cirurgias Ambulatoriais em Consultório ou em Ambulatório	90 dias
Sessões de: Terapia ocupacional; Acupuntura; Fisioterapia; Nutrição; Psicoterapia e Fonoaudiologia	90 dias
Quimioterapia e Radioterapia	180 dias
Diálise Peritoneal – CAPD e Hemodiálise	180 dias
Internações Clínicas e Cirúrgicas	180 dias
Partos a termo	300 dias

12. Doença ou lesão preexistente é aquela da qual o beneficiário titular ou seu(s) dependente(s) saiba(m) ser portador(es) nesta data, seja por diagnóstico feito ou conhecido, devendo declará-la na “Declaração de Saúde” que acompanha esta Proposta. Havendo na “Declaração de saúde” a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e qua-

Número da Proposta

Entidade

tro) 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 lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

13. Fica estabelecido o percentual de 30% (trinta por cento) de coparticipação, que deverá ser custeada pelos beneficiários em caso de Internações decorrentes de transtornos psiquiátricos em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral.

13.1. A coparticipação para incidirá após ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de um ano de contrato/permanência do beneficiário, não cumulativos.

13.2. A cobrança de coparticipação prevista no item anterior será realizada mediante boleto bancário, ainda que o pagamento da mensalidade seja por meio de consignação em folha.

14. À exceção das consultas médicas, todas as demais coberturas e procedimentos garantidos pelo presente contrato somente serão realizados após emissão de autorização prévia por parte da Operadora.

15. As características do benefício relativas a: (a) segmentação assistencial; (b) acomodação em internação; e (c) abrangência geográfica estão definidas na página 1 desta Proposta.

16. A data de vencimento do pagamento do valor mensal do benefício, bem como sua forma, serão aquelas indicadas na página 1 desta Proposta, sendo que a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa moratória de 2% (dois por cento) sobre o valor fixado e acréscimo de juros de 1% (um por cento). **No período de inadimplência, poderá ocorrer a suspensão automática do benefício, cuja utilização somente será restabelecida a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados, observada a possibilidade de cancelamento conforme disposto no item 19, sem prejuízo da adoção das medidas para cobrança dos valores em atraso, acarretando, inclusive, o envio das informações do beneficiário titular, ou de seu responsável legal, aos órgãos de serviço de proteção ao crédito, conforme determina o Código de Defesa do Consumidor.**

16.1 Quando o pagamento da mensalidade ocorrer por meio de boleto bancário, a Administradora de Benefícios encaminhará ao beneficiário titular o respectivo título, que deverá ser pago até a data do vencimento. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

16.2 Se o beneficiário titular não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até dois dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à Administradora de Benefícios, ou retirar a segunda via no site (www.igmsaude.com.br), para que não se sujeite aos encargos pelo atraso.

Número da Proposta

Entidade

17. Independentemente da data da Proposta, o valor mensal do benefício poderá sofrer os seguintes reajustes:

(a) reajuste anual (financeiro e/ou por índice de sinistralidade), que ocorre quando há alteração de custos, utilização dos serviços médicos e uso de novas tecnologias, nunca ocorrendo, porém, em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contados da data de assinatura da apólice coletiva ou da última aplicação do reajuste anual; (b) reajuste por mudança de faixa etária, que ocorre quando o beneficiário completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava, conforme tabelas a seguir; (c) reajuste(s) em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela ANS, contratado(s) entre a Administradora de Benefícios e a Operadora.

FAIXAS ETÁRIAS (De acordo à RN 63/2003 da ANS)									
1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª
De 0 a 18 anos	De 19 a 23 anos	De 24 a 28 anos	De 29 a 33 anos	De 34 a 38 anos	De 39 a 43 anos	De 44 a 48 anos	De 49 a 53 anos	De 54 a 59 anos	De 59 anos ou mais

FAIXA ETÁRIA	461.838/10-6 Uniplan Adesão Básico	461.839/10-4 Uniplan Adesão Especial	467.453/12-7 Uniplan Adesão Master	461.746/10-1 Adesão Básico	461.748/10-7 Adesão Especial	467.454/12-5 Adesão Master
Da 1ª para 2ª faixa	22,99%	22,99%	22,99%	23,01%	23,00%	23,01%
Da 2ª para 3ª faixa	18,95%	18,93%	18,94%	18,93%	18,93%	18,93%
Da 3ª para 4ª faixa	7,25%	7,25%	7,25%	7,26%	7,25%	7,25%
Da 4ª para 5ª faixa	3,71%	3,71%	3,71%	3,70%	3,71%	3,72%
Da 5ª para 6ª faixa	16,30%	16,31%	16,31%	16,31%	16,32%	16,31%
Da 6ª para 7ª faixa	29,46%	29,46%	29,46%	29,46%	29,46%	29,46%
Da 7ª para 8ª faixa	31,35%	31,36%	31,36%	31,37%	31,36%	31,37%
Da 8ª para 9ª faixa	37,67%	37,67%	37,67%	37,67%	37,68%	37,66%
Da 9ª para 10ª faixa	35,40%	35,40%	35,40%	35,40%	35,40%	35,40%

Número da Proposta

Entidade

18. O beneficiário titular deve solicitar e informar expressamente à Administradora de Benefícios toda e qualquer alteração cadastral, tal como a eventual perda de elegibilidade e o cancelamento da adesão ao benefício, respeitando os prazos e as condições constantes deste instrumento.

19. O beneficiário titular poderá solicitar o cancelamento do benefício à Administradora de Benefícios, desde que o pedido seja realizado de forma expressa e escrita, com no mínimo 30 (trinta) dias antecedência do vencimento, para que o requerimento já tenha efeito no pagamento seguinte. Os cancelamentos requeridos fora do prazo de antecedência serão processados somente no 2º vencimento subsequente ao pedido. O benefício poderá ser cancelado pela Administradora de Benefícios no caso de perda da elegibilidade ou pelo atraso do pagamento da mensalidade superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não. No caso de cancelamento do benefício, haverá a exclusão do beneficiário titular e a de seu(s) beneficiário(s) dependente(s), sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) não pago(s), incluídos juros e multa.

20. Quando ocorrer o cancelamento do benefício, o titular deverá devolver 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 benefício, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o meu conhecimento.

21. Não haverá nenhuma continuidade deste benefício 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 benefício, em razão de o mesmo se enquadrar na modalidade contratual coletiva por adesão.

22. No caso de cancelamento do benefício, nova adesão poderá ser postulada após ser feita análise e aceitação das atuais condições da elegibilidade e após ter quitado eventuais débitos anteriores. 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.

23. O beneficiário titular deve encaminhar prontamente à Administradora de Benefícios e/ou à Operadora, quando qualquer uma delas solicitar, documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas.

24. É possível 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 da data da assinatura do beneficiário titular neste instrumento, autorizando a cobrança do valor mensal do benefício, caso esse prazo não seja observado.

25. O Foro para dirimir quaisquer questões oriundas da presente Proposta é o do domicílio do consumidor.

Número da Proposta

Entidade

Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para a aceitação desta Proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão, e a do(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) na páginas 2 e 3 desta Proposta, ao benefício. Declaro receber, neste ato, o “Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde” e cópia da presente “Proposta”, da “Carta de Orientação ao Beneficiário” e da “Declaração de Saúde”, bem como a lista de prestadores referenciados. Estou ciente de que os cartões de identificação do(s) beneficiário(s), de responsabilidade da Operadora, bem como o “Guia de Leitura Contratual”, que reproduz condições contratuais da apólice coletiva e traz os esclarecimentos sobre os aspectos relativos à utilização e manutenção do benefício e os direitos e obrigações dos beneficiários, serão enviados por via física e/ou eletrônica tão logo eu e meu(s) dependente(s) tenhamos sido aceitos e nossos registros estejam regularizados na Operadora.

Local e Data

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

Número da Proposta

Entidade

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

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/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 Agravo, 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, endoscopia etc.*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses de 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.

Número da Proposta

Entidade

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 a ANS, denunciando a omissão de informação.

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

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

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura 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/Representante legal

_____, ____/____/____
Local Data

Nome

Assinatura

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome

Assinatura

CPF

Número da Proposta

Entidade

FORMULÁRIO DECLARAÇÃO DE SAÚDE

 A ser preenchido de próprio punho pelo beneficiário titular.
 Assinale “S” para as respostas afirmativas, e “N” para as respostas

Nome do Titular: _____ CPF _____
 Dependente 1: _____ CPF _____
 Dependente 2: _____ CPF _____
 Dependente 3: _____ CPF _____
 Dependente 4: _____ CPF _____
 Dependente 5: _____ CPF _____

O formulário do Quadro I deverá ser preenchido de próprio punho pelo titular, em nome próprio e de seu(s) dependente(s), ou pelo responsável quando o titular for menor de 18 anos. Responda com Sim (S) ou Não (N) as perguntas abaixo relacionadas a você e aos demais dependentes. Caso a resposta para alguma das questões abaixo tenha sido Sim, para qualquer um dos beneficiários, esclareça o motivo no Quadro II especificando o item, o beneficiário e a data do evento.

Quadro I

Questões	Titular	1º Dep.	2º Dep.	3º Dep.	4º Dep.	5º Dep.
1. Doenças do Aparelho Circulatorio (angina, arritmia, febre reumática e insuficiência cardíaca, entre outras?). Especificar.						
2. Doenças das Veias ou Artérias (hemorroidas, varizes, trombose, aneurisma, derrame (AVC), entre outros?). Especificar.						
3. Doenças Endócrinas (diabetes, tireóide, obesidade, entre outras?). Especificar.						
4. Doenças Pulmonares (asma, bronquite, enfisema, pneumonia, entre outras?). Especificar.						
5. Doenças do Aparelho Digestivo (esôfago, estômago, fígado, vesícula, pâncreas ou intestino?). Especificar.						
6. Hérnia (abdominal, incisional, epigástrica, de disco vertebral, entre outras?). Especificar.						
7. Doenças Renais ou de Bexiga (infecção, cálculos, cisto renal, hemodiálise e transplante renal). Especificar.						
8. Doenças de Órgãos Genitais Masculinos (próstata, testículos, pênis?). Especificar.						
9. Doenças Ginecológicas e das Mamas (períneo, nódulo de mamas, cisto de ovário, mioma, endometriose, entre outras?). Especificar.						
10. AIDS ou portador do vírus HIV?						

Proposta de Adesão – 1ª Via – Administradora / 2ª Via – Cliente

Número da Proposta

Entidade

11. Doenças de Sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfoma, entre outras?). Especificar.						
12. Doenças Tumorações Malignas (câncer) ou benignas? Especificar.						
13. Doenças reumáticas (artrites, lúpus, febre reumática, entre outras?). Especificar.						
14. Doenças Neurológicas (derrame cerebral, Parkinson, epilepsia, convulsão, tumores, aneurisma, entre outras?). Especificar.						
15. Doenças de Pele (dermatite, verruga, entre outras?). Especificar.						
16. Doenças Infectocontagiosas (hepatites, tuberculose, meningite, entre outras?). Especificar?						

Quadro II

Itens	Titular	1º Dep.	2º Dep.	3º Dep.	4º Dep.	5º Dep.
17. Problemas ortopédicos (artrose, fraturas, osteomielite?). Especificar.						
18. Teve ou tem hérnia de qualquer tipo?						
19. Doenças dos Olhos (miopia, hipermetropia, astigmatismo, estrabismo, glaucoma, entre outros?).						
20. Doenças do Ouvidos, Nariz e Garganta (diminuição de audição, pólipos, tumores, desvio de septo, adenoide, labirintite?). Especificar.						
21. Transtornos Mentais ou Psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, entre outros?). Especificar.						
22. Sofre alguma Dependência química (álcool, cocaína, maconha, anfetamina, entre outras?). Especificar.						
23. Possui algum tipo de prótese ou órtese (placas, pinos, parafusos, marcapassos, outros?). Especificar.						
24. Já foi submetida a hemodiálise, radioterapia, quimioterapia? Especificar.						
25. Já foi internado ou submetido a algum tratamento não mencionado acima? Especificar.						
26. Sofre de alguma doença ou faz algum tratamento não mencionado acima? Especificar.						
27. Indique o seu peso.						
28. Indique a sua altura.						

Item	Beneficiário	Esclarecimentos	Data do envio	CID

Número da Proposta

Entidade

Informações importantes

1 - No preenchimento desta Declaração de Saúde, o proponente tem a opção de ser orientado sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com os honorários serão de sua responsabilidade.

2 – A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, com sendo aquelas que o proponente tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

3 – Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, serão oferecidas 2 (duas) opções:

- 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 Procedimento 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. Agravado – É definido como qualquer acréscimo no valor da contraprestação para 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 o prazo de carências contratuais.

4 – A omissão de informação sobre a existência de doenças ou lesão preexistente da qual o proponente saiba ser portador no momento desta declaração, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Neste caso, o proponente será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data que tiver recebido a comunicação ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

5 - Caso tenha sido declarada/constatada alguma doença ou lesão preexistente, O PROPONENTE TEM CIÊNCIA E CONCORDA COM A APLICAÇÃO AUTOMÁTICA DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – CPT no seu Plano de saúde e/ou de seus dependentes.

Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde, tendo prestado informações completas e verídicas. Concordo em que a declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato a ser celebrado, ficando a IGM SAÚDE autorizada a utilizá-la em qualquer época no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional.

Declaro ainda que, tenho pleno conhecimento de que declarações não verídicas, incompletas e que qualquer omissão, em relação a mim e meus dependentes caracteriza comportamento fraudulento, sujeitando-me as penalidades legais cabíveis.

Número da Proposta

Entidade

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.

Para comprovação das declarações prestadas, autorizo antecipadamente, que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas, prestem à contratada todas as informações sobre o meu estado de saúde e moléstia que possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-os desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

Condições de preenchimento:

- Declaro que fui orientado por médico cooperado da Unimed
- Declaro que fui orientado por médico particular, arcando com os custos correspondentes.
- Declaro que não utilizei um médico orientador para a entrevista qualificada, por considerar que tenho conhecimento suficiente para responder as perguntas, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

Assinatura do titular: _____

Médico orientador: _____

Assinatura e carimbo com CRM

_____, _____ de _____ de 20____

(Local e data)

Número da Proposta

Entidade

Autorização Para Desconto em Folha de Pagamento

Proposta	Cód. Órgão	Cód. Cédula
Nome do funcionário/servidor		
CPF	Unidade	Matrícula
Lotação	Nome do Órgão averbador	

Autorizo ao meu empregador acima identificado a descontar dos meus vencimentos salariais os valores constantes do quadro abaixo, descritos como total para desconto em folha, em favor da IGM ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA, a partir do mês indicado e pelo prazo acordado com esta consignatária, e autorizo ainda, ao meu empregador, a acatar todos os reajustes anuais informados pela mesma bem como todos os reimplementes de todo e qualquer valor aqui autorizado e não processado em folha nas condições aqui estabelecidas.

Código/matrícula	Mês início desconto	Prazo indeterminado
VALOR TOTAL (Titular e dependentes, se houve)		

Na hipótese de não haver margem de consignação para desconto em folha, que inviabilize o repasse total/parcial dos valores da mensalidade à Administradora de Benefícios, autorizo, desde já, a emissão mensal de boleto bancário de cobrança.

Local e Data	Assinatura do proponente titular ou de seu representante legal

Número da Proposta

Entidade

**TERMO DE CIÊNCIA
MUDANÇA DE VIGÊNCIA**

À IGM Administradora de Benefícios:

Eu _____,

portador (a) do RG: _____ e CPF: _____

estou ciente que a vigência do contrato de adesão nº _____ terá início em

____/____/____ e vencimento da mensalidade todo dia _____ de cada mês, sendo a

primeira para ____/____/____.

Salvador, ____/____/____.

Assinatura do titular