

Número da Proposta

Entidade

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 subsequente 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 subsequente 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
☐	CNU São Luís Básico	470.569/14-6	Coletiva	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Grupo de Municípios
☐	CNU São Luís Especial	470.574/14-2	Individual	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Grupo de Municípios
☐	Nacional Básico	470.573/14-4	Coletiva	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Nacional
☐	Nacional Especial	470.576/14-9	Individual	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Nacional
☐	Nacional Master	470.577/14-7	Individual	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Nacional

Formas de Pagamento☐ Boleto: ☐ Vencimento dia 5.
☐ Vencimento dia 10.
☐ Vencimento dia 30.☐ Desconto em Folha☐ Desejo receber no e-mail indicado nesta proposta o boleto bancário de cobrança, no caso de pagamento através de boleto.**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 ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ 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 à entrega das seguintes documentações:

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 com registro em cartório.

Filho(a) solteiro (a) até 30 anos incompletos: Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e Cartão Nacional de Saúde (CNS);

Enteado(a) solteiro(a) até 30 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.

Neto(a) até 24 anos incompletos: Cópia do RG e Certidão de Nascimento, CPF e Cartão Nacional de Saúde.

Número da Proposta

Entidade

Plano de Referência

Declaro que me foi oferecida a contratação do Plano CNU SALVADOR ADESÃO BÁSICO, com registro na ANS nº 470.755/14-9, pela Central Nacional Unimed, CNPJ nº 02.812.468/0001-06, com registro na ANS nº 339679, 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 Central Nacional Unimed - Cooperativa Central (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 30 anos incompletos; enteado (a) solteiro (a) até 30 anos incompletos; filho (a) inválido (a) de qualquer idade; neto(a) até 24 anos incompletos; 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 05 (cinco) de cada mês junto com os documentos comprobatórios de elegibilidade, terá início de vigência no dia 1º (primeiro) do 2º (segundo) mês subsequente. Propostas entregues após o dia 05 (cinco) de cada mês terão

Número da Proposta

Entidade

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 benefício por meio dos prestadores referenciados pela Operadora para o plano contratado conforme a respectiva área de abrangência do produto, que no caso de ser classificado como “Grupo de Municípios”, a cobertura será garantida nos seguintes municípios:

a) Plano CNU Salvador: Alagoinhas, Camaçari, Candeias, Catu, Dias D’ávila, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, Salvador, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé e Simões Filho.

b) Planos CNU São Luís: Paço do Lumiar, Rosário, São José de Ribamar e São Luís.

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

Número da Proposta

Entidade

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:

Eventos	Carências
Urgência e emergência na segmentação ambulatorial	24 horas
Consultas em geral	30 dias
Consultas psiquiátricas	30 dias
Consultas obstétricas	30 dias
Exames básicos	30 dias
Exames especiais	180 dias
Procedimentos terapêuticos especiais	180 dias
Tratamento psicoterápico de crise	180 dias
Tratamento cirúrgico ambulatorial	180 dias
Internações clínicas e cirúrgicas	180 dias
Internações psiquiátricas	180 dias
Internações obstétricas	180 dias
Parto 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 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 lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

13. Fica estabelecido o quadro de coparticipação abaixo, que deverá ser observado pelos beneficiários:

Eventos	Coparticipação
Consultas eletivas	0%
Consultas em pronto socorro	0%
Exames de até 300 CH's (Coeficiente de Honorários), conforme tabela AMB	0%
Exames superiores a 300 CH's (Coeficiente de Honorários), conforme tabela AMB	0%
Procedimentos Terapêuticos Especiais	0%
Tratamento Psicoterápico de Crise	0%
Tratamento Cirúrgicos Ambulatoriais	0%
Internações clínicas e cirúrgicas	0%
Internações psiquiátricas*	50%
Internações obstétricas	0%
Parto a termo	0%

Número da Proposta

Entidade

13.1. A coparticipação para Internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, somente 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. Depende de autorização prévia da Operadora a realização de: (a) serviços auxiliares de diagnose; (b) serviços auxiliares de terapia; (c) serviços ambulatoriais; (d) internações; e (e) remoções.

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.

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,

Número da Proposta

Entidade

conforme tabela 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.

FAIXA ETÁRIA		470.569/14-6 CNU São Luís Básico	470.574/14-2 CNU São Luís Especial	470.573/14-4 Nacional Básico	470.576/14-9 Nacional Especial	470.577/14-7 Nacional Master
1ª	Até 18 anos	-----	-----	-----	-----	-----
2ª	19 a 23 anos	18,48%	19,58%	18,48%	19,58%	19,57%
3ª	24 a 28 anos	7,88%	7,19%	7,87%	7,20%	7,20%
4ª	29 a 33 anos	2,60%	2,51%	2,60%	2,51%	2,51%
5ª	34 a 38 anos	15,04%	15,61%	15,04%	15,61%	15,61%
6ª	39 a 43 anos	15,42%	15,31%	15,42%	15,30%	15,30%
7ª	44 a 48 anos	40,40%	40,18%	40,40%	40,18%	40,19%
8ª	49 a 53 anos	31,88%	32,05%	31,88%	32,05%	32,05%
9ª	54 a 58 anos	12,46%	12,49%	12,46%	12,49%	12,49%
10ª	A partir de 59 anos	64,52%	64,26%	64,52%	64,26%	64,26%

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.

Número da Proposta

Entidade

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.

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 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/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 Agravio, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.

No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, 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

DECLARAÇÃO DE SAÚDE
(ANS RN nº 162, 17/10/2007)**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

1. Preencher esta Declaração de Saúde somente após atenta leitura da mesma, e não havendo dúvidas de seus termos.
2. A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
3. O preenchimento da Declaração de Saúde deverá ser obrigatoriamente feito de próprio punho pelo proponente titular, em seu nome e de seus dependentes, ou responsável pelo titular quando este for menor de 18 anos.
4. As respostas afirmativas deverão ser esclarecidas pormenorizadamente, informando a data do diagnóstico da doença ou deficiência, os exames e tratamentos realizados e/ou a realizar. Anexando-se relatório(s) médico(s), cópia(s) de exame(s) e/ou receita(s), a análise da Declaração de Saúde será agilizada.
5. O proponente Titular, ao preencher e assinar a Declaração de Saúde, assume a responsabilidade por todas as declarações feitas, inclusive com relação aos dependentes, sendo que a omissão ou inexatidão dará ensejo à perda do direito às coberturas do plano de saúde, podendo ainda ser excluído do plano de saúde pela Operadora, juntamente com seus dependentes, sem prejuízo da cobrança do que for apurado pela utilização indevida, após decisão da ANS, nos termos da Resolução Normativa nº 162, de 17/10/2007.
6. Para o preenchimento da Declaração de Saúde o proponente titular poderá ou não utilizar um médico para sua orientação. Assinale abaixo a sua opção:
 - ☐ Declaro ter conhecimento de todas as perguntas da declaração de saúde e dispenso a orientação médica, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

Número da Proposta

Entidade

- ☐ Declaro que realizei a entrevista qualificada com o médico orientador abaixo assinado.
- ☐ Declaro ter sido orientado pelo meu médico particular no preenchimento da declaração de saúde, assumindo o custo correspondente.

7. Os dependentes deverão preencher individualmente, de próprio punho, a Declaração de Saúde seguindo as mesmas orientações, que lhes sejam pertinentes, descritas nos itens 3, 4, 5 e 6 desta Declaração.

8. A caracterização de doença ou lesão preexistente e suas consequências, declaradas no processo de admissão ao plano de saúde e constatadas nesta Declaração de Saúde, determina a obrigatoriedade da CPT – Cobertura Parcial Temporária/ou Agravo, assim definidos:

a) Cobertura Parcial Temporária (CPT): é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

b) Agravo: é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

Declaro ter lido e entendido plenamente o texto acima, não necessitado de outros esclarecimentos.

Data: _____ de _____ de 20____.

Nome

Nº do RG

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 negativas.

Itens	Titular	1º Dep.	2º Dep.	3º Dep.	4º Dep.	5º Dep.
1. Encontra-se afastado da atividade profissional						
2. Teve ou tem diabetes?						
3. Teve ou tem câncer?						
4. Teve ou tem doença cardíaca, circulatória e/ou hipertensão?						
5. Teve ou tem doença pulmonar?						
6. Teve ou tem doenças do aparelho urinário e/ou renal? Submeteu-se, submeteu-se ou tem indicação de siálise ou transplante renal? Teve ou tem "pedras" nos rins?						
7. Teve ou tem doenças do aparelho digestivo (úlceras, gastrite, hérnia de hiato, cálculos da vesícula biliar, hemorroidas, etc)?						
8. Teve ou tem doença neurológica ou psiquiátrica?						
9. Teve ou tem reumatismo (artrites, lúpus, etc.) ou alterações ortopédicas (osteoporose, fraturas, luxações, hérnia de disco, etc)?						
10. Teve ou tem problemas como anemia, leucemia e sangramentos? Já recebeu ou necessita de transfusão de sangue ou derivados?						
11. Teve ou tem doenças dos olhos tais como catarata, glaucoma, miopia, hipermetropia, astigmatismo, etc? Tem indicação de transplante de córnea?						
12. Teve ou tem deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Usa prótese?						
13. Tem apneia do sono?						
14. Teve ou tem doenças infecto-contagiosas (hepatite, hanseníase, tuberculose, etc)? AIDS - Sorologia positiva ou doença manifesta?						
15. Teve ou tem doenças ginecológicas ou da mama?						
16. Teve ou tem doenças nas glândulas endócrinas (tireoide, suprarrenal, hipófise, etc.)						
17. Teve ou tem algum tipo de alergia?						
18. Teve ou tem hérnia de qualquer tipo?						

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

Número da Proposta

Entidade

Itens	Titular	1º Dep.	2º Dep.	3º Dep.	4º Dep.	5º Dep.
19. Possui alguma doença congênita ou hereditária?						
21. Sofreu algum tipo de acidente?						
22. Teve ou tem doenças ósteo-articulares relacionadas ao trabalho (LER, tendinites, bursites, etc)?						
23. Faz algum tratamento médico atualmente?						
24. Já foi submetido ou tem alguma indicação de alguma internação clínica ou intervenção cirúrgica? Já recebeu transplante de algum órgão?						
25. Submeteu-se, submete-se ou tem indicação futura de tratamento à base de quimioterapia ou radioterapia?						
26. Sofreu ou sofre de doença não relacionada acima que o tenha levado a ser submetido a algum tratamento médico e/ou hospitalar?						
27. Já esteve ou está em benefício de auxílio a doença?						
28. Já recebeu indenização por acidente ou doença?						
29. Peso (Kg)						
30. Altura (Cm)						
31. Sabe se é portador de alguma doença ou lesão que não tenha sido relacionada em nenhum dos itens anteriores?						

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

Informações Adicionais

Número da Proposta

Entidade

Concordo que, na hipótese de declaração/constatação de doença e/ou lesão pré-existente em qualquer um dos beneficiários, será aplicada automaticamente a Cobertura Parcial Temporária - CPT

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

Observações Médicas - CID

Nome do Declarante:

RG: _____ Órgão Emissor: _____

Data : _____ de _____ de 20____.

Médico: _____

CARIMBO-CRM

ASSINATURA DO DECLARANTE

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 reimplantes 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 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