

Início da Vigência do Benefício: ____/____/____		Entidade: CONMIRB – Conselho de Ministros de Culto Religiosos do Brasil			Matrícula (uso exclusivo da Entidade)	
Estado civil	(S) Solteiro (V) Viúva (O) Outros (C) Casado (D) Divorciado	SEXO	(M) Masculino (F) Feminino	Grau de Parentesco (GP)	(1) Esposa (30) Filha (2) Companheiro (a) (9) Esposo (10) Filho	

PROPONENTE TITULAR

Nome Completo:					
RG	Órgão Expedidor	Data de Expedição	CPF		
Data de Nascimento: / /	Sexo:	Estado Civil:	Naturalidade	UF.	País:
Nome da Mãe completo:					
Nome do Pai completo ou Nº Cartão Nacional de Saúde:					
Endereço residencial (endereço para cobrança)					
Bairro	Cidade:			CEP.	UF
Celular: ()	Telefone Residencial: ()		Telefone Comercial: ()		
E-mail:					

DEPENDENTES

1 Nome completo					
Nome da Mãe					
Data de nascimento / /	Est. Civil	SEXO	GP	CPF	
Nº do Cartão Nacional de Saúde			Nº da Declaração de Nascido Vivo		

Proposta Nº

2 Nome completo						
Nome da Mãe						
Data de nascimento	/	/	Est. Civil	SEXO	GP	CPF
Nºdo Cartão Nacional de Saúde			Nº da Declaração de Nascido Vivo			

3 Nome completo						
Nome da Mãe						
Data de nascimento	/	/	Est. Civil	SEXO	GP	CPF
Nº do Cartão Nacional de Saúde			Nº da Declaração de Nascido Vivo			

4 Nome completo						
Nome da Mãe						
Data de nascimento	/	/	Est. Civil	SEXO	GP	CPF
Nº do Cartão Nacional de Saúde			Nº da Declaração de Nascido Vivo			

5 Nome completo						
Nome da Mãe						
Data de nascimento	/	/	Est. Civil	SEXO	GP	CPF
Nºdo Cartão Nacional de Saúde			Nºda Declaração de Nascido Vivo			

Declaro que as informações aqui prestadas e os documentos apresentados são absolutamente verdadeiros e completos, e me responsabilizo civil e criminalmente por eles.

Local e data: _____ / _____ / _____	Assinatura do proponente titular:
--	-----------------------------------

Assinale abaixo com "X" o plano pretendido.

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

Assinale abaixo o plano pretendido	Planos	Código ANS	Abrangência Geográfica	Segmentação Assistencial	Acomodação
<input type="checkbox"/>	Unifácil Ambulatorial	460.444/09-0	Grupo de municípios	Ambulatorial	Sem internação
<input type="checkbox"/>	Unifácil Enfermaria	460.454/09-7	Grupo de municípios	Amb +hospitalar com obstetrícia	Coletiva
<input type="checkbox"/>	Unifácil Apartamento	460.455/09-5	Grupo de municípios	Amb +hospitalar com obstetrícia	Individual
<input type="checkbox"/>	Unipart Enfermaria	460.456/09-3	Estadual	Amb +hospitalar com obstetrícia	Coletiva
<input type="checkbox"/>	Unipart Apartamento	460.467/09-9	Estadual	Amb +hospitalar com obstetrícia	Individual
<input type="checkbox"/>	Unimaster Enfermaria	467.301/17-8	Nacional	Amb +hospitalar com obstetrícia	Coletiva
<input type="checkbox"/>	Unimaster Apartamento	467.302/12-6	Nacional	Amb +hospitalar com obstetrícia	Individual

Para maiores informações, consulte o Manual do Beneficiário.

VALOR POR PROPONENTE

Beneficiário	Idade	Valor total mensalidade	Valor Transporte Aeromédico	<p>Atenção: Os valores indicados ao lado sofrerão alteração caso haja reajuste anual do contrato coletivo, ou mudança de faixa etária entre a data de assinatura desta Proposta e a data da sua 1ª (primeira) cobrança, observado o disposto no item 17 da página 8 desta Proposta.</p> <p>O valor da taxa de inscrição (R\$ 10,00 por pessoa) e do transporte aeromédico (R\$ 2,50 por pessoa) serão cobrados a partir da mensalidade do plano, não sendo incluso na taxa de angariação.</p>
Titular				
Dependente 1				
Dependente 2				
Dependente 3				
Dependente 4				
Dependente 5				
Total da Taxa de inscrição	Valor total em R\$			

Declaro que as informações aqui prestadas e os documentos apresentados são absolutamente verdadeiros e completos, e me responsabilizo civil e criminalmente por eles.

Local e data: _____, ____/____/____	Assinatura do proponente titular:
--	-----------------------------------

COBRANÇA

Data para pagamento da mensalidade

Vencimento: 05 10

ito receber no e-mail indicado nesta Proposta o boleto bancário de cobrança, no caso de pagamento através de boleto bancário.

REEMBOLSO

Opção de conta corrente bancária do proponente titular para depósito de reembolso pela Operadora:

Nº do banco-	Nome do banco	Nº da agência	DV	Nº conta corrente	DV

TAXA DE ANGARIAÇÃO

A Taxa de Angariação é devida ao angariador desta Proposta no ato de sua assinatura, por conta da intermediação do benefício, e equivale a 100% (cem por cento) do valor total da(s) mensalidade(s) contratada(s). Em caso de não aceitação desta Proposta, essa taxa será integralmente devolvida pelo angariador ao proponente titular.

Atenção: o pagamento da taxa de angariação não se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento da primeira e demais cobranças mensais do benefício, as quais serão arrecadadas pela **CONMIRB** e darão direito às coberturas decorrentes desta Proposta.

Valor total em R\$ _____ (_____)

DADOS DOS RESPONSÁVEIS PELA VENDA

Nome do angariador/vendedor:	Nome do coordenador:
CNPJ do vendedor:	CNPJ do coordenador:
Assinatura:	Assinatura:
Código na CONMIRB:	Código na CONMIRB:

AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DE INFORMAÇÕES

jo receber informações sobre o benefício contratado, bem como mensagens com ofertas de novos serviços e benefícios, disponibilizadas através de e-mail e/ou SMS.

Declaro que as informações aqui prestadas e os documentos apresentados são absolutamente verdadeiros e completos, e me responsabilizo civil e criminalmente por eles.

Local e data:

_____, ____/____/____

Assinatura do proponente titular:

CONTRATO DE ADESÃO

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

1. Este instrumento é **meu Contrato de Adesão (a "Proposta")** ao Plano de Saúde, coletivo por adesão (o "benefício"), estipulado pelo **CONMIRB - Conselho Nacional de Ministros de Cultos Religiosos do Brasil (a entidade)** com a **Unimed Montes Claros Cooperativa de Trabalho Médico (a "Operadora")** e destinado à população que mantenha vínculo com a "Entidade".
2. Mantenho vínculo com a Entidade Religiosa:.....
CNPJ:que me concedeu elegibilidade junto ao CONMIRB, sendo que a documentação comprobatória desse vínculo está sendo entregue por mim ao angariador/vendedor, no ato da assinatura desta para que seja conferida, podendo esta **Proposta** ser recusada em razão da falta de minha elegibilidade. Em caso de recusa desta **Proposta**, a taxa de angariação será devolvida a mim pelo angariador que a recebeu.
3. Somente serão aceitos como dependentes o meu cônjuge ou meu (minha) companheiro(a); o(a) meu(minha) filho(a) solteiro(a) com até 21 (vinte e um) anos ou, se universitário(a), até 24 (vinte e quatro) anos; e (o) meu (minha) filho (a) inválido(a) de qualquer idade.
4. Sou o único responsável pelos documentos e informações fornecidos por mim e por meu(s) dependente(s) sobre toda e qualquer circunstância que possa influir na aceitação desta **Proposta**, na manutenção ou no valor mensal do **benefício**, sabendo que omissões ou dados errôneos acarretarão a perda de todos os meus direitos, bem como os dos meu(s) dependente(s), decorrentes do **benefício**.
5. Após a aceitação desta **Proposta**, o **benefício** terá início na data indicada no campo "Início de vigência do benefício", na página 1 da presente, e tanto eu quanto meu(s) dependente(s) indicado(s) passaremos a ser denominados "**beneficiários**".
6. Assim que eu assumir a condição de **beneficiário** titular, ficam outorgados ao **CONMIRB** amplos poderes para me representar, assim como o(s) meu(s) dependente(s), perante à **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 firmado entre o **CONMIRB** e a **Operadora**, contrato que passarei a integrar, vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, podendo ser renovado, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, no prazo de 60 (sessenta) dias, de qualquer das partes, seja pelo **CONMIRB** ou pela **Operadora**. A vigência do **Benefício** indicada na página 1 desta **Proposta** não se confunde com a vigência do contrato coletivo. Em caso de rescisão do meu contrato, por período inferior a 12 (doze) meses, estou ciente que será cobrado multa rescisória de 30% (trinta por cento) das mensalidades restantes, desde de que a **CONMIRB** me faça a comunicação desse fato em prazo não inferior a 30 (trinta) dias.
8. Poderei, assim como meu(s) beneficiário(s) dependente(s), utilizar o benefício por meio dos prestadores referenciados pela Operadora para o plano contratado ou mediante ao sistema de reembolso de despesas, quando não houver médico referenciado pela Operadora, respeitando os limites das condições contratuais de cada plano, conforme informado no

Manual do Beneficiário, sendo certo que o valor do reembolso de despesas não será, sob nenhuma hipótese, superior à tabela de Referência da Assistência Médica e Hospitalar da **Operadora** vigente na data do evento para as respectivas despesas.

9. O **benefício** cobrirá as despesas com serviços médico-hospitalares relacionados no “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”, editada pela **ANS** e vigente à data do evento, observadas as suas Diretrizes de Utilização e Diretrizes Clínicas, 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), e observadas as condições gerais deste benefício.
10. Além das coberturas referidas no item 9, poderei contratar benefícios opcionais que serão ofertados separadamente e detalhados no Manual do Beneficiário, que receberei após a aceitação desta **Proposta**.
11. As coberturas excluídas **do plano** são aquelas que não se incluem no “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”, da **ANS**, nem nas coberturas adicionais eventualmente oferecidas por este **benefício**, 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.
12. Os prazos de carência são os períodos nos quais nem eu nem meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s) teremos 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. Para efeito de isenção de carência, devem-se observar as normas regulamentares da **ANS** e a legislação em vigor e, se houver redução de carência, deve-se observar o Aditivo de Redução de Carências que acompanha esta **Proposta**.

Grupos de carência	Coberturas, serviços médicos e hospitalares.	Carência contratual
A	Casos de urgência e emergência,	24 (vinte e quatro) horas
B	Consultas médicas	30 (trinta) dias
C	Exames simples (os que não necessitam de autorização prévia)	60 (sessenta) dias
D	Terapias simples (Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia etc)	90 (noventa) dias
E	exames especiais Terapias especiais (Hemodiálise, Diálise Peritoneal, Quimioterapia, Radioterapia) e internações clínicas/cirúrgicas e UTI/CTI	180 (cento e oitenta) dias
F	Parto a termo.	300 (trezentos) dias

13. Doença ou lesão preexistente é aquela da qual eu ou meu(s) proponente(s) dependente(s) saiba(mos) 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 aplicado 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 Procedimento de Alta Complexidade (PAC), leito de alta tecnologia e procedimento cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou lesões(ões) preexistente(s) declarada(s).
14. Depende de Validação Prévia de Procedimentos pela **Operadora** a realização de: (I) atendimento ambulatorial eletivo; (II) internações; (III) terapias simples e especiais; e (IV) exames de alta complexidade, conforme condições constantes do Manual do Beneficiário.

15. As características do **benefício** relativas a: (I) segmentação assistencial; (II) acomodação em internação; (III) abrangência geográfica estão definidas na página 3 desta **Proposta** e, assim como a área de atuação, também constam do Manual do Beneficiário.
16. A data de vencimento do pagamento do valor mensal do **benefício**, bem como sua forma, serão aquelas indicadas na página 4 desta **Proposta**, sendo que a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o referido valor mensal do **benefício** e acréscimo de juros de 1% (um por cento) ao mês sobre o valor total do **benefício**. Uma vez que a **CONMIRB** garante as obrigações dos **beneficiários** constantes do contrato coletivo mantido com a **Operadora**, nas condições estabelecidas, notadamente as pecuniárias, e a eventual inadimplência dos **beneficiários** pode inviabilizar o projeto idealizado, criado e implantado, com o seu respectivo objetivo e resultado final, em detrimento da coletividade à qual os **beneficiários** se vinculam. Para que isso não ocorra, a **CONMIRB** deverá ser ressarcida pelos beneficiários, a título de multa compensatória, em 10% (dez por cento) das obrigações pecuniárias devidas, como indenização pelos seus custos e prejuízos sofridos, suportados e resultantes, seja da utilização de recursos próprios, comprometendo o seu capital de giro e os seus investimentos, seja da captação, junto ao mercado financeiro, dos recursos necessários à garantia da inadimplência dos beneficiários, a fim de com isso, impedir a inviabilização deste projeto de **benefício** coletivo por adesão, sem prejuízo dos juros de 1% (um por cento) ao mês sobre o montante devido. 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 desta **Proposta**. No caso de inadimplência do valor mensal do **benefício** por período superior a 60 (sessenta) dias, a contar da data do seu vencimento, a **CONMIRB** adotará medidas para a 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, mediante prévia comunicação, conforme determina o Código de Defesa do Consumidor.
17. Independentemente da data da minha **Proposta**, o valor mensal do **benefício** poderá sofrer os seguintes reajustes: (I) 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 do contrato coletivo entre a **Entidade** e a **Operadora** ou da última aplicação do reajuste anual; (II) 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 tabela a seguir; (III) reajuste (s) em outra (s) hipótese (s), que venha (m) a ser autorizada(s) pela ANS, contratados(s) entre a **Entidade** e a **Operadora**, além de previamente comunicado(s) ao beneficiário.

Faixa etária	Unifácil Enfermaria	Unifácil Apartamento	Unipart Enfermaria	Unipart Apartamento	Unimaster Enfermaria	Unimaster Apartamento
Até 18 anos	00,00%	00,00%	00,00%	00,00%	00,00%	00,00%
De 19 a 23 anos	19,16%	19,19%	19,98%	19,99%	19,95%	19,96%
De 24 a 28 anos	24,22%	24,22%	25,03%	25,04%	25,05%	25,04%
De 29 a 33 anos	12,96%	12,99%	14,52%	13,31%	13,31%	13,32%
De 34 a 38 anos	17,24%	17,25%	16,40%	17,63%	17,63%	17,63%
De 39 a 43 anos	15,38%	15,39%	14,99%	15,01%	15,00%	15,00%
De 44 a 48 anos	24,87%	24,88%	26,11%	26,12%	26,11%	26,11%
De 49 a 53 anos	37,17%	37,17%	37,65%	37,66%	37,66%	37,67%
De 54 a 58 anos	24,86%	24,86%	25,10%	25,09%	25,11%	25,11%
59 anos ou mais	19,77%	19,76%	19,92%	19,91%	19,92%	19,92%

18. Devo solicitar e informar expressamente ao **CONMIRB** 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 do Manual do Beneficiário.

19. Poderei solicitar o cancelamento do benefício ao CONMIRB, observados os prazos e as condições constantes do Manual do Beneficiário. O benefício poderá ser cancelado pelo CONMIRB no caso de perda da minha elegibilidade ou pela falta de pagamento do valor mensal até o último dia de vigência referente ao mês não pago, mediante comunicado prévio. A vigência do benefício não se confunde com a data de vencimento de seu pagamento, prevalecendo, para efeito de cancelamento, o período de vigência mensal. No caso de cancelamento do benefício, haverá minha exclusão e a de meu(s) beneficiário(s) dependente(s), sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) não pago(s), incluindo juros e multa.
20. No caso de cancelamento do benefício, devolvarei imediatamente ao CONMIRB os cartões de identificação do(s) beneficiário(s), assumindo as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida do benefício, incluindo a utilização por terceiro, 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, hipótese essa totalmente diversa das que se aplicam a este benefício.
22. Poderei postular nova adesão ao benefício, após ser feita nova análise e aceitação das condições de minha elegibilidade, e após ter quitado eventuais débitos anteriores. A nova adesão poderá estar sujeita ao cumprimento de novos prazos de carências parciais ou totais, de acordo com os normativos da legislação em vigor.
23. Portabilidade de carências é a contratação de um novo plano de saúde, individual ou familiar ou coletivo por adesão, regulamentado pela Lei nº 9.656/98 ou adaptado a ela, com registro na ANS, em uma mesma operadora ou em outra operadora, contratação essa na qual o beneficiário estará dispensado do cumprimento de novo período de carência e Cobertura Parcial Temporária (CPT) exigíveis e já cumpridos no plano de origem, conforme disposto na Resolução Normativa 186 (RN 186), da ANS, e suas posteriores atualizações. Quando a solicitação de ingresso no benefício ocorre através de Portabilidade de Carência, deverão ser observadas e atendidas as condições específicas constantes no " Pedido para fins de Mobilidade para Portabilidade de Carência ", documento esse que deverá ser preenchido complementarmente a esta Proposta e que atende ao disposto na RN 186 e suas posteriores atualizações. Nesse caso, é certo que as informações referentes ao início de vigência do benefício, às carências e à cobertura Parcial Temporária (CPT), nas páginas 1 e 7 desta Proposta, tornam-se sem efeito, passando a vigorar o estabelecido no referido " Pedido para fins de Mobilidade para Portabilidade de Carência".
24. Devo encaminhar prontamente ao CONMIRB e/ou à Operadora, quando qualquer uma delas solicitar, documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas.
25. Poderei desistir desta Proposta, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito ao CONMIRB no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de minha assinatura neste instrumento. Autorizo a cobrança da taxa de angariação e do valor mensal do benefício, caso esse prazo não seja observado.
26. O foro para dirimir qualquer questão oriunda presente Proposta é o do meu domicílio.
27. 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) nas páginas 1 e 2 desta Proposta, ao benefício.

28. Declaro que o produto ora contratado está sendo adquirido por livre e espontânea vontade, por ser de meu interesse, sem qualquer vinculação com outro produto, serviço ou operação disponibilizada pela UNIMED NORTE DE MINAS, aos seus respectivos clientes e usuários de seus serviços.

29. Declaro receber, neste ato, o “Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde” e 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 referenciados, de responsabilidade da Operadora, bem como o “Guia de Leitura Contratual” e o Manual do Beneficiário, que reproduz condições contratuais do contrato coletivo e traz os esclarecimentos sobre os aspectos relativos à utilização e manutenção dos benefícios e os direitos e obrigações dos beneficiários, serão enviados a mim por via física ou eletrônica tão logo eu e meu(s) dependente(s) tenhamos sido aceitos e nossos registros sejam regularizados na Operadora.

Local e data: _____, ____/____/____	Assinatura do proponente titular:
--	---

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

(RN/ANS nº 162 de 17 de outubro de 2007)

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 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, 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 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 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 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

Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário

Nome:

Nome:

CPF:

CPF:

Local / Data :

Local/Data:

Assinatura:

Assinatura:

TODAS AS PÁGINAS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE DEVEM SER RUBRICADAS.

Declaro para os devidos fins que as informações prestadas na Declaração da Saúde, relativas a mim e meus dependentes, foram espontaneamente feitas de próprio punho, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas. **Estou ciente que a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das coberturas, poderá ser considerada um comportamento fraudulento, poderá implicar na rescisão do contrato, além de estar obrigado a arcar com os custos dos atendimentos obtidos.** Comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, a enviar à UNIMED as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde e de meus dependentes, resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-a, ou seus cooperados, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional. Tenho ciência de que poderei ser convocado, e/ou meus dependentes, para realização de qualquer exame ou perícia, após a avaliação da Declaração de Saúde ou Entrevista Qualificada.

QUESTIONÁRIO

TODOS OS CAMPOS, DO ITEM 1 AO 28, SEM EXCEÇÃO, DEVERÃO SER PREENCHIDOS DE PRÓPRIO PUNHO PELO TITULAR OU RESPONSÁVEL LEGAL. ESCREVA “S” PARA “SIM” OU “N” PARA “NÃO”, CONFORME A SUA RESPOSTA. APÓS O PREENCHIMENTO, FAVOR JUSTIFICAR TODAS AS RESPOSTAS QUE FOREM “SIM”, NO CAMPO ESCLARECIMENTOS, IDENTIFICANDO LETRA E NÚMERO DA QUESTÃO.

Item	Sub Item	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para respostas afirmativas e (N) para negativas.	PROPONENTES					
			Titular	Dep 1	Dep 2	Dep 3	Dep 4	Dep 5
1	a	Sofre(u) de alguma doença infecciosa ou parasitária como: Tuberculose? Hepatite? AIDS? Meningite? Hanseníase? Especifique a doença no campo “esclarecimentos”.						
	b	No aparelho digestivo (estômago, outros)? Respiratório (pulmão, outros)? Pele? Mama? Trato urinário (rins, bexiga, outros)? Especifique local e doença no campo “esclarecimentos”.						
	c	Órgãos genitais femininos (útero, ovário, outros)? Especifique local e doença no campo “esclarecimentos”.						
	d	Órgãos genitais masculinos (próstata, outros)? Especifique local e doença no campo “esclarecimentos”.						
	e	Alguma outra doença infecciosa ou parasitária? Especifique a doença no campo “esclarecimentos”.						
2		Sofre(u) de neoplasias benignas como mioma, nevos, lipoma, ou outra doença? Especifique qual doença no campo “esclarecimentos”.						
3		Sofre(u) de neoplasias malignas (câncer) como linfoma, leucemia, ou outro tipo de câncer? Especifique qual tipo e forma de tratamento no campo “esclarecimentos”.						
4		Sofre(u) de doenças do sangue como anemia, púrpura ou outra doença? Especifique qual doença no campo “esclarecimentos”.						
5		Sofre(u) de doenças endócrinas como: Diabetes? Tireoide? Emagrecimento acentuado ou outra doença? Especifique qual doença no campo “esclarecimentos”.						
6		Sofre(u) de transtornos psiquiátricos ou mentais? Especifique qual tipo no campo “esclarecimentos”.						
7		Sofre(u) de doenças do sistema nervoso como: Parkinson? Alzheimer? Epilepsia? Paralisia cerebral? Disritmia cerebral ou outra doença? Especifique qual doença no campo “esclarecimentos”.						
8	a	Sofre(u) de doenças dos olhos ou anexos como: Catarata? Glaucoma? Estrabismo? Ceratocone? Alterações na retina? Especifique a doença no campo “esclarecimentos”.						
	b	Miopia? Astigmatismo? Hipermetropia? Presbiopia (“surge com a idade”)? Especifique a doença e o grau no campo “esclarecimentos”.						
	c	Pterígio (“carne no olho”)? Ou outra doença? Especifique qual doença no campo “esclarecimentos”.						

9	a	Sofre(u) de doenças de ouvidos, nariz ou garganta como: Labirintite? Perda ou diminuição da audição? Perfuração do tímpano? Infecções frequentes? Especifique a doença.					
	b	Problemas de adenoide? Amigdalite? Tumor? Desvio de septo ou outra doença? Especifique qual doença no campo “esclarecimentos”.					
10	a	Sofre(u) de doenças do aparelho circulatório como: Hipertensão Arterial? Angina pectoris? Infarto do miocárdio? Arritmia cardíaca? Insuficiência cardíaca? Acidente vascular cerebral (“derrame”)? Especifique qual doença e/seqüelas no campo “esclarecimentos”.					
	b	Sequela de febre reumática? Especifique no campo “esclarecimentos”.					
	c	Varizes de membros inferiores? Hemorroidas? Ou outra doença? Especifique a doença no campo “esclarecimentos”.					
11		Sofre(u) de doenças do aparelho respiratório como: Rinite? Sinusite? Bronquite (asma, outros)? Pneumonia? Enfisema ou outra doença? Especifique qual doença e freqüência no campo “esclarecimentos”.					
12	a	Sofre(u) de doenças do aparelho digestivo como: Gastrite? Úlcera Péptica? Especifique a doença no campo “esclarecimentos” .					
	b	Hérnia (local)? Colelitíase (cálculo na vesícula)? Especifique a doença no campo “esclarecimentos”.					
	c	Doença diverticular do intestino? Cirrose hepática? Colite? Ou outra doença? Especifique qual doença no campo “esclarecimentos”.					
13	a	Sofre(u) de doenças da pele como: Verrugas? Pintas que mudam de cor, forma e tamanho? Quelóide? “Caroços”? Xantelasma? Cistos? Calos? Especifique doença e local no campo “esclarecimentos”.					
	b	Vitiligo? Psoríase? Ou outra doença? Especifique qual doença no campo “esclarecimentos”.					
14		Sofre(u) de doenças osteomuscular como: Osteoporose? Reumatismo (artrite, artrose, febre reumática, outros)? Escoliose? Hérnia de disco? Osteomielite ou outra doença? Especifique a doença e local no campo “esclarecimentos”.					
15	a	Sofre(u) de doenças do aparelho gênito urinário como: Insuficiência renal? Cálculo urinário? Incontinência urinária (“urina solta”)? Nefrite? Especifique a doença no campo “esclarecimentos”.					
	b	Hiperplasia da próstata? Fimose? Especifique a doença no campo “esclarecimentos”. (HOMEM)					
	c	Cisto de ovário? Transtornos menstruais? Endometriose? Especifique a doença no campo “esclarecimentos”. (MULHER)					
	d	Nódulo mamário? Infertilidade? Ou outra doença? Especifique qual doença no campo “esclarecimentos”.					
16		Sofre(u) de traumatismos e/ou fraturas? Especifique local e tratamento no campo “esclarecimentos”.					
17		Sofre(u) de malformações congênitas (doença de nascença)? Especifique no campo “esclarecimentos”.					

18	Sofre de sequelas de acidente, doença adquirida ou congênita? Especifique sequela e local no campo "esclarecimentos".						
19	Já foi submetido a algum tipo de cirurgia? Especifique local e motivo no campo "esclarecimentos".						
20	Tem indicação médica de submeter-se a algum tipo de cirurgia? Especifique local e motivo no campo "esclarecimentos".						
21	Já foi submetido à radioterapia, quimioterapia, hemodiálise ou diálise peritoneal? Especifique motivo no campo "esclarecimentos".						
22	Possui algum tipo de prótese ou órtese (placas, pinos, parafusos, marca-passo, outros)? Especifique local e motivo no campo "esclarecimentos".						
23	Tem ou teve alguma doença NÃO relacionada acima? Especifique no campo "esclarecimentos".						
24	Algum dos antecedentes diretos (PAIS E AVÓS) sofre(u) de qualquer doença abaixo?						
	Diabetes? Doença cardiovascular? Doença pulmonar? Doença digestiva? Doença renal? Doença neurológica? Doença mental ou psiquiátrica? Câncer? Especifique doença e grau de parentesco.						
25	PESO (kg - titular e dependentes quando houver)						
26	ALTURA (m,cm - titular e dependentes quando houver)						
27	Cálculo IMC = Peso / altura / altura). Para maiores de 19 anos, caso o resultado seja <u>igual</u> ou <u>maior</u> que "30", declarar "OBESIDADE" no campo esclarecimentos.						

Se a resposta de algum item acima for **SIM**, para qualquer um dos proponentes, especifique o item (número e letra da questão) e marque com um "X" o proponente referente a resposta. Sendo: **Tit=titular; D1=dependente1; D2=dependente2; D3=dependente3; D4=dependente4; D5=dependente5**; Como a ordem de preenchimento da primeira folha da proposta. Este campo também pode ser utilizado para comentários ou informações adicionais que se fizerem necessárias.

Item, Nº e Letra	Tit	D1	D2	D3	D4	D5	ESCLARECIMENTOS

