**OPERADORA -** Unimed Campina Grande Cooperativa de Trabalho Médico.

**ENTIDADE** - Conselho Nacional de Ministros de Cultos Religiosos do Brasil – CONMIRB.

**ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** – Assorel Brasil Administradora de Benefícios.

**BENEFÍCIO** - Plano de Saúde Coletivo por Adesão.

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

1 - Este instrumento é minha proposta 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 Campina Grande (a "Operadora") e destinado à população que mantenha vínculo com a "Entidade".

2 - A aceitação da Proposta depende da comprovação de vínculo com a Entidade, sendo que os documentos comprobatórios desse vínculo serão entregues ao angariador, no ato da assinatura desta, para que a idoneidade deles seja conferida em até 30 (trinta) dias pela administradora de benefícios após a assinatura do contrato, podendo essa proposta ser recusada em razão da falta de elegibilidade. Em caso de recusa desta proposta, a taxa de angariação será devolvida integralmente pelo angariador;

3 - Serão considerados dependentes do beneficiário titular aqueles que mantenham uma das seguintes relações: a) esposa(o) ou companheira (o), comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes; b) filhos (as) solteiros (as) naturais, adotivos, com guarda provisória ou definitiva, enteados e os tutelados na forma da lei, desde que possuam até 24 anos (vinte e quatros) anos completo. Cessando os efeitos da guarda ou tutela, será analisada a possibilidade de permanência do (a) dependentes no (os) benefício (s) desde que seja solteiro (a) e com 24 ( vintee quatro) anos completos. c) filhos (as) inválidos, declarados no Imposto de Renda do beneficiário titular. Na adesão de filho (s) natural (is) nascido (s) sob a vigência do benefício ou de filho (s) adotivo (s) menor (es) de 12 (doze) anos, serão aproveitados os mesmos períodos de carências já cumpridos pelo beneficiário titular. A adesão deverá ser realizada no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do parto, da guarda provisória ou definitiva ou da sentença de adoção, com a apresentação da documentação comprobatória e com o consequente acréscimo da contraprestação pecuniária.

4 - Sou o único responsável pelos documentos e informações fornecidos por mim e meu(s) dependente(s) sobre toda e quaisquer circunstâncias que possam influir na aceitação desta Proposta, na manutenção ou no valor mensal dos benefícios, sabendo que omissões ou dados incorretos acarretarão perda de todos os meus direitos, bem como o(s) do(s) meu(s) dependente(s) dos benefícios;

5 - Após a aceitação desta Proposta, o benefício terá início na data indicada no campo "Início da vigência do benefício", 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 à Administradora de Benefícios amplo poderes para me representar, assim como o(s) meu(s) beneficiário(s) dependente(s), perante a Operadora e outros órgãos, em especial a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, no cumprimento e/ou nas alterações destes benefícios, bem como nos reajustes dos seus valores mensais;

7 - O contrato coletivo firmado entre a Entidade e a Operadora, contrato que passarei a integrar, vigorará pelo prazo 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 pela Entidade ou pela Operadora. Em caso de rescisão desse contrato coletivo, a Administradora de Benefícios me fará a comunicação desse fato em prazo não inferior a 30 (trinta) dias.

8 - Os beneficiários receberão o cartão de identificação personalizado do seu plano de saúde no prazo de até 30 (trinta) dias a contar da data de vigência;

8.1-0 extravio da primeira via da carteirinha deverá ser comunicado à Administradora de Benefícios, e requerida uma segunda via através do atendimento telefônico: 4007-2247;

8.2 - Em caso de perda ou roubo após o recebimento da carteirinha, o beneficiário deverá comunicar e solicitar a segunda via, para nova confecção. Após a solicitação, a nova carteirinha será enviada em até 30 (trinta) dias;

9 - Tenho ciência de que devo comunicar expressamente à Administradora de Benefícios, toda e qualquer alteração cadastral, tais como, mas não limitada à: minha perda de elegibilidade, exclusão e/ou inclusão de dependentes indicados nesta proposta, mudança de endereço, correção de data de nascimento ou pedido de exclusão do contrato, respeitando o prazo máximo de até o 18 (décimo oitavo) dia do mês, sob pena de manter a cobrança e a vigência do plano até o último dia do mês subsequente;

10 - O Beneficiário receberá mensalmente no endereço informado através dos Correios um boleto bancário para pagamento das mensalidades. Caso não receba o boleto em até 05 (cinco) dias antes de seu vencimento, deverá entrar em contato com o Setor de Atendimento ao Cliente - tel.: 4007-2247 sob pena de aplicação de multa e juros legais;

10.1 - A 2° (segunda) via do boleto do mês vigente poderá ser emitida nos sites: [www.conmirb.com.br,www.adconvenios.com.br](http://www.conmirb.com.br,www.adconvenios.com.br) ou [www.assorelbrasil.com.br](http://www.assorelbrasil.com.br).

11 - Qualquer solicitação de autorização de procedimentos médicos deverá ser encaminhada diretamente à operadora de plano de saúde, eis que a Administradora de Benefícios não possui competência para apreciar o pedido médico e tão pouco gerar a referida senha de autorização;

12 – A data de vencimento dos pagamentos será de acordo com o calendário de movimentação a seguir:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| DATA DE ADESÃO |

 |

|  |
| --- |
|  VIGÊNCIA |

 |

|  |
| --- |
| VENCIMENTO |

 |
|

|  |
| --- |
| Até o dia 18 de cada mês |

 |

|  |
| --- |
| Dia 01 do Mês Subsequente |

 |

|  |
| --- |
|  Todo dia 05 ou 10 de cada mês |

 |

13 - A falta de pagamento após o período de vencimento, acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do(s) benefício(s) e acréscimo de juros de 1 *%* (um por cento), ambos ao mês e cumulativamente sobre o valor total da mensalidade do benefício;

14 - Tenho ciência que, caso não ocorra a quitação da mensalidade em até 05 (Cinco) dias a contar da data do vencimento original do boleto bancário, poderá ocorrer a suspensão do(s) benefício(s), cuja a utilização somente será reestabelecida a partir da quitação integral do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados;

15 - Tenho ciência que, a inadimplência por período superior a 30 (trinta) dias após o vencimento original do boleto bancário, acarretará a exclusão do titular e de seu(s) dependente(s) do plano;

16 - Poderei postular nova adesão ao(s) benefício(s) após ser feita nova análise e aceitação de minha elegibilidade e após ter quitado eventuais débitos anteriores. A nova adesão poderá estar sujeita ao cumprimento de novos prazos de carência, de acordo com os normativos da legislação em vigor;

17 - No caso de inadimplência do valor mensal do benefício(s) por período superior a 60 (sessenta) dias, a contar da data de seu vencimento, a Administradora de Benefícios adotará 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, mediante prévia comunicação, conforme determina o Código de Defesa do Consumidor;

18- 0 cancelamento do contrato ou a exclusão de beneficiários dependentes, poderá ser solicitado pelo beneficiário titular à Administradora de Benefícios, através dos seguintes canais: presencial ou via carta, que deverá ser endereçada à Administradora de Benefícios, para o endereço: Av. Historiados Rubens de Mendonça, n° 1856,14° andar, sala 1404, bairro Bosque da Saúde – cep 58050-000 – Cuiabá - MT. Ao Setor de Atendimento ao Cliente (SAC) ou para os Escritórios Regionais da Administradora: rua Benjamim Constant, nº 170, sala 308, Shopping Mundo Plaza, bairro Estação Velha, cep 58410-003 – Campina Grande – PB, rua Poeta Targino Teixeira, n°251, sala 41 e 42, Shopping center Pátio Altiplano, cep 58046-090, João Pessoa – PB. Via atendimento telefônico da Administradora de Benefício (tel.: 4007.2247), bem como via site da Administradora de Benefício, www.conmirb.com.br conforme estabelece os dizeres da RN 412 de 10/11 /2016, emitida pela ANS, para que possa tomar as devidas providências. Sendo assim, haverá a devolução imediatamente à Administradora de Benefícios dos cartões de identificação do(s) beneficiário(s), assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida do beneficiário, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o seu consentimento;

19- 0 beneficiário poderá desistir desta proposta, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito à Administradora de Benefícios, no prazo máximo de 7 (sete) dias contados a partir da data de assinatura deste instrumento;

20- 0 valor mensal do(s) benefício(s) poderá sofrer reajustes:

20.1 - Reajuste Anual (financeiro e/ou por índice de sinistralidade), que ocorre quando há alteração de custo, utilização dos serviços médicos e uso de novas tecnologias, a cada 12 meses após a data de assinatura do contrato coletivo entre a Entidade e a Operadora, firmado em 20 de SETEMBRO de 2018, independentemente da data de minha adesão ao(s) benefício(s);

20.2 - 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Faixa etária** | **GRUPO DE MUNICIPIOS** | **NACIONAL** | **NACIONAL** |
| **UNIEMPRESA PARTICIPATIVO** | **UNIEMPRESA ADESÃO BÁSICO** | **UNIEMPRESA ADESÃO ESPECIAL** |
| **Registro ANS** | **459719092** | **469381137** | **469382135** |
| **18 a 23** | **32,3%** | **32,3%** | **32,3%** |
| **24 a 28** | **20,1%** | **20,1%** | **20,1%** |
| **29 a 33** | **19,4%** | **19,4%** | **19,4%** |
| **34 a 38** | **10,3%** | **10,3%** | **10,3%** |
| **39 a 43** | **4,5%** | **4,5%** | **4,5%** |
| **44 a 48** | **14,5%** | **14,5%** | **14,5%** |
| **49 a 53** | **20,5%** | **20,5%** | **20,5%** |
| **54 a 58** | **26,0%** | **26,0%** | **26,0%** |
| **59 ou +** | **42,7%** | **42,7%** | **42,7%** |

20.3 - Reajuste(s) em outra(s) hipótese(s) que venha(m) a ser autorizado(s) pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar;

CARÊNCIAS E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

20 - Observadas as disposições, a abrangência geográfica e as coberturas dos planos contratados, aos beneficiários, fica assegurado o direito à assistência médica, hospitalar e obstétrica, de diagnóstico, terapia e odontológico, necessária ao tratamento das doenças constantes do CID - Versão 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), observados o Rol de Procedimentos Médicos vigente e as carências estabelecidas e elencados no contrato da Entidade com a Operadora de plano de saúde;

21 - As coberturas excluídas 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 n° 9.656/98 e nas normas regulamentares da ANS;

22 - 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Grupos de carência | Cobertura, Serviços médicos e Hospitalares | Carências Contratual |
|  A | Urgência e Emergência decorrentes de acidentes pessoais  | 24 (vinte e quatro) horas após início de vigência  |
|  B | Parto a termo | 300 (trezentos) dia  |
|  C | Demais casos  | 180 (cento e oitenta dias) |

**\*Obs.: Nas situações em que não se caracterizem acidentes pessoais, a cobertura ficará limitada as primeiras 12 horas, onde ultrapassando este prazo, ou quando verificada a necessidade de internação, cessará a responsabilidade financeira da operadora, conforme determinada a RESOLUÇÃO CONSU 13;**

 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

**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 DECLARARAS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBASER 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, etc.\*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.

• NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.

• Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

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

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

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

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

**ATENÇÃO!** Se operadora oferecer redução ou isenção de carências, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiários saiba ter no momento da assinatura da proposta de adesão. 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 procedimento de Alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) –Perfil beneficiário. Em caso de dúvida, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS – www.ans.gov.tv

Rubrica