

00	0000000	PROPOSTA DE ADMISSÃO PLANO DE SAÚDE - HOSPITALAR	ANS 30.214-7
----	---------	---	--------------

NOME DO PROPONENTE (NÃO ABREVIAR)

NASCIMENTO RG ÓRG. EMIS. / UF CPF PIS

SEXO ESTADO CIVIL PROFISSÃO / ATIVIDADE TELEFONE

E-MAIL

ENDEREÇO RESIDENCIAL CELULAR

BAIRRO CIDADE UF CEP

NOME DA MÃE (NÃO ABREVIAR)

NOME DO RESPONSÁVEL (NÃO ABREVIAR) GRAU DE PARENTESCO

RG ÓRG. EMIS. / UF CPF TELEFONE

E-MAIL

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

BAIRRO CIDADE UF CEP

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) MATRÍCULA

APÓS OS ESCLARECIMENTOS A RESPEITO DE CADA UM DOS PLANOS DE SAÚDE ATIVOS PARA COMERCIALIZAÇÃO, OPTEI PELO:

PLANO PREVENT SENIOR XXXXXXXX (ANS XXX.XXX/XX-X)

REDUÇÃO DE CARÊNCIA PORTABILIDADE (ASSINALE SOMENTE EM CASO DE SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA/PORTABILIDADE)

NOME DO CORRETOR NR. R.G.

Tabela de vencimentos bancários	Data da Proposta de Admissão	De 01 a 05	De 06 a 10	De 11 a 15	De 16 a 20	De 21 a 25	De 26 a 31
	Vencimento da mensalidade	Dia 05	Dia 10	Dia 15	Dia 20	Dia 25	Dia 30

TERMO DE OPÇÃO

DECLARO TER CONHECIMENTO DO INTEIRO TEOR DAS CONDIÇÕES DO PLANO DE SAÚDE OBJETO DESTA PROPOSTA. ESTOU CIENTE QUE O CONTRATO TERÁ VIGÊNCIA, PARA TODAS AS FINALIDADES LEGAIS E CONTRATUAIS, A PARTIR DA CONFIRMAÇÃO DO PAGAMENTO DA PRIMEIRA MENSALIDADE.

_____ de _____ de _____

LOCAL

TRATAMENTO E COMPARTILHAMENTO DE DADOS

AUTORIZO A PREVENT SENIOR E AS DEMAIS EMPRESAS DO GRUPO ECONÔMICO A TRATAR OS DADOS PESSOAIS E DE SAÚDE PARA QUE, EM CONJUNTO COM PRESTADORES DE SERVIÇO E REDE CREDENCIADA, POSSA PRESTAR O SERVIÇO, OBJETO DESTES CONTRATOS, DE FORMA EFICIENTE.

ASSINATURA DO CORRETOR

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, que 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 seu preenchimento, o beneficiário tem direito a 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 problemas de saúde sobre o qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

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

- A Operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A Operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade (PAC) - tomografia, ressonância, etc. * - EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declaradas, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integrada 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 em contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da Operadora para esta doença ou lesão.

O QUE ACONTECE 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 informações 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 informações 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 do contrato. 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:

Local

Data

Local

Data

Nome:

Nome:

CPF:

CPF:

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1. Sofre de tumores, sejam benignos e/ou malignos (câncer) qualquer que seja a natureza (inclui-se linfomas, leucemias, entre outros)?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
2. Realiza quimioterapia, radioterapia, braquiterapia?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
3. Sofre de algum tipo de doença neurológica crônica (Alzheimer /Demência / Sequela AVC/ Doenças neurodegenerativas / entre outros)?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
4. Está acamado ou apresenta algum tipo de dificuldade de mobilidade?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
5. Sofre de algum tipo de problema vascular (trombose / obstruções arteriais / varizes, entre outros)?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
6. Sofre de algum tipo de problema cardíaco (infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, entre outros)?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
7. Possui marcapasso e/ou desfibrilador cardíaco?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
8. Sofre de problemas renais e/ou urológicos (tumores de próstata, por exemplo)?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
9. Realiza diálise e/ou hemodiálise?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
10. Tem indicação para realizar algum procedimento e/ou cirurgia?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
11. Possui próteses (pinos, placas, parafusos, prótese mamária, prótese auditiva central, entre outros) (exclui-se prótese dentária)?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
12. Utilizou ou utiliza algum tipo de medicamento de alto custo, de acordo com as regras previstas na Lei 9656/98 e resoluções da ANS?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
13. Proponente internado?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
14. Sofre de alguma doença ou tratamento não descrito ou não mencionado acima?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
15. Proponente em período gestacional?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	

Estou ciente que medicamentos de alto custo serão fornecidos pela Operadora de acordo com as regras previstas na Lei 9.656/98 e resoluções da ANS, podendo ser aplicadas carências de 730 (setecentos e trinta) dias.

Estou ciente que de acordo com a Lei 9.656/98 e resoluções da ANS não há cobertura obrigatória para atendimento domiciliar.

Condições do preenchimento da Declaração de Saúde

- Declaro que fui orientado por médico credenciado pela Prevent Senior, sem custo algum.
- 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 às perguntas, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

Local e Data

Nome do(a) beneficiário(a) ou responsável

Assinatura do médico e CRM

TERMO DE OPÇÃO POR CPT E OUTRAS AVENÇAS ENTRE AS PARTES

Declaro para os devidos fins que preenchi a Declaração de Saúde e que estou ciente dos termos do artigo 7 66 do Código Civil Brasileiro, que prevê a denúncia do contrato por violação do princípio da boa-fé. A omissão de condição sabida de doença ou lesão preexistente está sujeita à suspensão ou denúncia do contrato, conforme o disposto no artigo 13, inciso II, parágrafo único da Lei 9.656/98;

Do conhecimento da existência e disponibilidade do plano Prevent Senior Safira, acomodação enfermaria, que corresponde ao plano referência, que trata o artigo 10º da Lei 9.656/98 e que o mesmo foi oferecido, tendo eu optado pela contratação do plano assinalado na presente proposta;

Que estou de acordo com as condições gerais do contrato, inclusive quanto aos prazos de carência constantes da cláusula décima segunda das condições gerais;

Que tenho ciência de que as informações que prestei na Declaração de Saúde poderão levar a CONTRATADA a solicitar esclarecimentos quanto a doenças preexistentes para acolher a proposta com restrição de cobertura (CPT), segundo minha opção;

E, finalmente, que, ao preencher a proposta do contrato de assistência médica, recebi as respectivas condições gerais do contrato, que foram lidas, entendidas e por mim aceitas em todos os seus termos, fazendo parte integrante do presente.

Tenho ciência que fica concedida a garantia de não reajuste da mensalidade a partir dos 50 anos, decorrente de mudança de faixa etária, referido na cláusula 18.1 do contrato.

Local e Data	Nome do(a) beneficiário(a) ou responsável	Assinatura do corretor
--------------	---	------------------------

TERMOS DE OPÇÃO (SOMENTE NOS CASOS DE DOENÇAS PREEXISTENTES)

Em vista das respostas afirmativas da Declaração de Saúde sobre moléstias preexistentes, e em atenção ao disposto no artigo 4º da resolução CONSU 2, de 03/11/98, eu, PROPONENTE, decidi optar por:

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), que é a suspensão pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses da cobertura para as moléstias preexistentes informadas na Declaração de Saúde, dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

_____, _____ de _____ de _____

Nome do(a) beneficiário(a) ou responsável

RECIBO

Recebemos a importância de R\$ _____ (_____), correspondente à primeira parcela do plano de saúde prevent senior, objeto desta proposta.

Este recibo passa a ser válido exclusivamente após a confirmação de pagamento.

RECIBO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Declaro haver recebido, nesta data, os documentos referidos na cláusula 21.2, página 23, do presente contrato.

Nome do(a) beneficiário(a) ou responsável