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

NOME DO PROPONENTE (NÃO ABREVIAR)

NOME SOCIAL (SE HOUVER)

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 PARACOMERCIALIZAÇÃO, 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 APÓS A CONFIRMAÇÃO DO PAGAMENTO DA PRIMEIRA MENSALIDADE. DECLARO, AINDA, SABER QUE A DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DEVERÁ SER OBSERVADA PARA CONTAGEM DAS CARÊNCIAS ESTABELECIDAS NESTE CONTRATO CELEBRADO COM A **PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAÚDE LTDA.**, DEVIDAMENTE REGISTRADA JUNTO À ANS SOB O Nº **30.214-7**, EXCETO PARA SITUAÇÕES EM QUE HÁ PORTABILIDADE OU REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

_____ , _____ 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 DESTE CONTRATO, DE FORMA EFICIENTE.

_____

ASSINATURA DO CORRETOR

MODELO

00 0000000

PREVENT SENIOR®

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?

E 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 algumê- doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESAO.

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

• A Operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

• A Operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.

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

• 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) NAO 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:

_____ , _____

Local Data

Nome:

CPF:

Intermediário entre a Operadora e o beneficiário:

_____ , _____

Local Data

Nome:

CPF:

Assinatura: _____

Prevent Senior Private Operadora de Saúde Ltda.

Via-proponente

MODELO

00 0000000

PREVENT SENIOR

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. Possui algum diagnóstico relacionado ao desenvolvimento neurológico, comportamental ou de aprendizagem (TDAH, TOD, dislexia, TEA, discalculia, entre outros) ?	( ) Não ( ) Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
15. Realiza algum acompanhamento, tratamento ou utiliza medicamento em razão de condição relacionada ao neurodesenvolvimento, comportamento ou aprendizagem?	( ) Não ( ) Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
16. Proponente em período gestacional?	( ) Não ( ) Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
17. Sofre de alguma doença ou tratamento não descrito ou não mencionado acima?	( ) Não ( ) Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	

Declaro que as informações prestadas nesta Declaração de Saúde são a expressão da verdade e assumo total responsabilidade pelas mesmas, podendo a Prevent Senior Private considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas contratadas. Declaro, ainda, que estou ciente que a omissão de informações sobre a existência de doenças e lesões preexistentes, das quais saiba ser portador(a) no momento do preenchimento desta declaração, poderá ser considerada comportamento fraudulento e acarretar a denuncia, suspensão ou cancelamento do contrato. Nesse caso, serei responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com cirurgias, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida. 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 Prevent Senior Private as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde e resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-a, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

Tenho ciencia que os 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

Prevent Senior Private Operadora de Saúde Ltda.

Via-proponente

MODELO

00 0000000

PREVENT SENIOR

TERMO DE OPÇÃO POR CPT

Declaro para os devidos fins que preenchi a Declaração de Saúde e que estou ciente dos termos do artigo 766 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, bem como, ao pagamento das despesas efetuadas pela operadora com cirurgias, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida

Informo que estou de acordo com a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT), e que estou ciente que pelo período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, estarão suspensas as coberturas para procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e cirurgias relativas às doenças e lesões preexistentes posteriormente identificadas.

Declaro 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.

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

E, finalmente, tenho ciência que fica concedida a garantia de não reajuste da mensalidade a partir dos 44 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 médico e CRM

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 Resolução Normativa nº 558/22, eu, PROPONENTE, decidi optar por:

☐ COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), que é a suspensão pelo período ininterrupto de até vinte e quatro meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos.

_____ , _____ 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 9.1, do Contrato de Assistencia Médica

_____
Nome do(a) beneficiário(a) ou responsável

MODELO

00 0000000

PREVENT SENIOR®

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

O presente aditivo tem por objeto a redução das carências estabelecidas na 12ª do contrato ora aditado.

Em conformidade com as informações prestadas e com documentos comprobatórios apresentados pelo proponente, ficam reduzidos os prazos de carência em razão da dedução do período cumprido no plano de saúde anterior, contratado em ___ /___ /_____ com a Operadora _____.

Nos termos do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, a omissão de informações sobre doenças, lesões ou qualquer condição de saúde preexistente, quando de conhecimento do contratante, configura violação do princípio da boa-fé. Essa violação pode resultar na suspensão ou rescisão do contrato, conforme previsto no artigo 13, inciso II, parágrafo único, da Lei 9.656/98.

Ademais, ao não declarar as doenças e/ou lesões que saiba ser portador no momento da contratação, fica o beneficiário ciente que a Prevent Senior poderá:

a) Comunicar imediatamente o beneficiário acerca da fraude perpetuada, podendo, na ocasião, oferecer agravo (III, artigo 2º da RNnº 558/22), cumprimento da cobertura parcial temporária (CPT), ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação;

b) Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a Prevent Senior poderá RESCINDIR o contrato de plano de saúde por FRAUDE;

c) Responsabilizar o beneficiário pelo pagamento das despesas efetuadas pela Prevent Senior com cirurgias, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida.

Fica, ainda, concedida a garantia de não reajuste da mensalidade a partir dos 44 anos, decorrente de mudança de faixa etária, referido na cláusula 18.1 do contrato.

É de inteira responsabilidade do proponente o pagamento de quaisquer despesas oriundas de planos de saúde contratados anteriormente, ou posteriormente à vigência deste contrato.

Por fim, fica ciente que a operadora não possui qualquer obrigação de proceder com o cancelamento de contratos porventura celebrados pelo proponente junto a outras operadoras de saúde.

_____ , _____ de _____ de _____

_____
Nome do(a) beneficiário(a) ou responsável

_____
Nome do intermediário entre Operadora e beneficiário(a)

_____
Assinatura do intermediário entre Operadora e beneficiário(a)

_____
CPF do intermediário entre Operadora e beneficiário(a)

Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 591 1156 / 3003 6284

Serviço de Atendimento ao Cliente
para Deficientes Auditivos
0800 770 0110

www.preventsenior.com.br

MODELO