

<b>00</b>	<b>0000000</b>	<b>PROPOSTA DE ADMISSÃO PLANO DE SAÚDE - HOSPITALAR</b>					<b>ANS 30.214-7</b>	
<b>NOME DO PROPONENTE (NÃO ABREVIAR)</b>								
<b>NOME SOCIAL (SE HOUVER)</b>								
<b>NASCIMENTO</b>		<b>RG</b>	<b>ÓRG. EMIS. / UF</b>		<b>CPF</b>	<b>PIS</b>		
<b>SEXO</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>		<b>PROFISSÃO / ATIVIDADE</b>			<b>TELEFONE</b>		
<b>E-MAIL</b>								
<b>ENDEREÇO RESIDENCIAL</b>						<b>CELULAR</b>		
<b>BAIRRO</b>		<b>CIDADE</b>			<b>UF</b>	<b>CEP</b>		
<b>NOME DA MÃE (NÃO ABREVIAR)</b>								
<b>NOME DO RESPONSÁVEL (NÃO ABREVIAR)</b>					<b>GRAU DE PARENTESCO</b>			
<b>RG</b>		<b>ÓRG. EMIS. / UF</b>		<b>CPF</b>	<b>TELEFONE</b>			
<b>E-MAIL</b>								
<b>ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA</b>								
<b>BAIRRO</b>		<b>CIDADE</b>			<b>UF</b>	<b>CEP</b>		
<b>CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)</b>					<b>MATRÍCULA</b>			
<b>APÓS OS ESCLARECIMENTOS A RESPEITO DE CADA UM DOS PLANOS DE SAÚDE ATIVOS PARA COMERCIALIZAÇÃO, OPTEI PELO:</b>								
<input type="checkbox"/> PLANO PREVENT SENIOR XXXXXXXX (ANS XXX.XXX/XX-X)								
<input type="checkbox"/> REDUÇÃO DE CARÊNCIA <input type="checkbox"/> PORTABILIDADE (ASSINALE SOMENTE EM CASO DE SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA/POR-TABILIDADE)								
<b>NOME DO CORRETOR</b>			<b>NR.</b>		<b>R.G.</b>			
<b>Tabela de vencimentos bancários</b>	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
<b>TERMO DE OPÇÃO</b>								
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 <b>PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAÚDE LTDA.</b> , DEVIDAMENTE REGISTRADA JUNTO À ANS SOB O Nº <b>30.214-7</b> , EXCETO PARA SITUAÇÕES EM QUE HÁ PORTABILIDADE OU REDUÇÃO DE CARÊNCIAS								
_____, _____ de _____ de _____								
LOCAL								
<b>TRATAMENTO E COMPARTILHAMENTO DE DADOS</b>								
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](http://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](http://www.ans.gov.br) - **Perfil Beneficiário**.

Beneficiário:

Local

Data

Nome:

CPF:

Intermediário entre a Operadora e o beneficiário:

Local

Data

Nome:

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	

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 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.

Declaro, ainda, ter conhecimento de que é facultado à operadora o oferecimento de agravo como opção à cobertura parcial temporária (CPT). O agravo é o acréscimo no valor da contraprestação mensal 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 cumpridos os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário. O pagamento do agravo não elimina a necessidade de cumprimento das carências contratuais, nos prazos estabelecidos pela lei 9.656/98.

Tenho ciência 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 180 (cento e oitenta) 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.

## 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 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 180 (cento e oitenta) dias, 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.

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.

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 de idade, 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 na Resolução Normativa nº 558/22, eu, PROPONENTE, decidi optar pelo cumprimento do período de:

Cobertura Parcial Temporária (CPT), que consiste na suspensão, pelo período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados da data de adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, tendo sido, no presente caso, adotado o prazo reduzido de 180 (cento e oitenta) dias.

, \_\_\_\_\_ 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 Assistência Médica.

Nome do(a) beneficiário(a) ou responsável