



## PROPOSTA DE INCLUSÃO/ALTERAÇÃO/EXCLUSÃO AO CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL.

### Movimentação Cadastral

Inclusão       Migração de Operadora       Alteração de Plano       Exclusão

### Produtos ( Campos com preenchimento obrigatório)

Sem coparticipação - Ambulatorial / Hospitalar com Obstetrícia	Com coparticipação - Ambulatorial / Hospitalar com Obstetrícia
<input type="checkbox"/> <b>UNIMED PERSONAL QC</b> - Registro ANS: 467.681/12-5	<input type="checkbox"/> <b>UNIPART BÁSICO Q/C</b> - Registro ANS: 474.210/15-9
<input type="checkbox"/> <b>ALFA 2</b> - Registro ANS: 467.683/12-1	<input type="checkbox"/> <b>UNIPART BÁSICO Q/P</b> - Registro ANS: 474.215/15-0
<input type="checkbox"/> <b>UNIMED BETA 2</b> - Registro ANS: 467.685/12-8	<input type="checkbox"/> <b>UNIPART ESPECIAL</b> - Registro ANS: 474.214/15-1
<input type="checkbox"/> <b>DELTA 2</b> - Registro ANS: 467.687/12-4	
<input type="checkbox"/> <b>ÔMEGA PLUS</b> - Registro ANS: 467.662/12-9	

### Dados do(s) Beneficiário(s) Titular

Sexo: <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino	Estado Civil: <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2 - Casado(a) <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 4 - Separado(a) <input type="checkbox"/> 5 - Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 6 - Outros	NIP/IAPE:
Nome Completo:		Data de Nascimento: / /
Endereço:		UF:    CEP: -
Cidade:		CPF:    RG:
Órgão Emissor:	PIS:	Nº Cartão Nacional de Saúde:
Nome da Mãe:		Nº Decl. Nascido Vivo:
E-mail:		Telefone de contato

### Dados do(s) Beneficiário(s) Dependente(s) (CPF obrigatório para todas as idades)

<b>Dependente 01:</b>			Data de Nascimento: / /
Nome da Mãe:			PIS/PASEP:
Sexo: <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino	Estado Civil: <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2 - Casado(a) <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 4 - Separado(a) <input type="checkbox"/> 5 - Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 6 - Outros	CPF:	RG:
Parentesco: <input type="checkbox"/> 1 - Pai/Mãe <input type="checkbox"/> 2 - Cônjuge/Companheiro(a) <input type="checkbox"/> 3 - Filho(a) <input type="checkbox"/> 4 - Sogro(a) <input type="checkbox"/> 5 - Irmão(ã) <input type="checkbox"/> 6 - Outros	Nº Cartão Nacional de Saúde:		Nº Decl. Nascido Vivo:
<b>Dependente 02:</b>			Data de Nascimento: / /
Nome da Mãe:			PIS/PASEP:
Sexo: <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino	Estado Civil: <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2 - Casado(a) <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 4 - Separado(a) <input type="checkbox"/> 5 - Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 6 - Outros	CPF:	RG:
Parentesco: <input type="checkbox"/> 1 - Pai/Mãe <input type="checkbox"/> 2 - Cônjuge/Companheiro(a) <input type="checkbox"/> 3 - Filho(a) <input type="checkbox"/> 4 - Sogro(a) <input type="checkbox"/> 5 - Irmão(ã) <input type="checkbox"/> 6 - Outros	Nº Cartão Nacional de Saúde:		Nº Decl. Nascido Vivo:
<b>Dependente 03:</b>			Data de Nascimento: / /
Nome da Mãe:			PIS/PASEP:
Sexo: <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino	Estado Civil: <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2 - Casado(a) <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 4 - Separado(a) <input type="checkbox"/> 5 - Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 6 - Outros	CPF:	RG:
Parentesco: <input type="checkbox"/> 1 - Pai/Mãe <input type="checkbox"/> 2 - Cônjuge/Companheiro(a) <input type="checkbox"/> 3 - Filho(a) <input type="checkbox"/> 4 - Sogro(a) <input type="checkbox"/> 5 - Irmão(ã) <input type="checkbox"/> 6 - Outros	Nº Cartão Nacional de Saúde:		Nº Decl. Nascido Vivo:

### Assinatura do Proponente Titular ou seu Responsável Legal

Local e data	Assinatura: <input type="checkbox"/> Proponente Titular <input type="checkbox"/> Representante Legal
--------------	--



## DECLARAÇÃO BENEFICIÁRIO PRINCIPAL

Declaro que:

1 - Através do presente instrumento, manifesto a intenção de inclusão do meu nome e de meus dependentes indicados nesta Proposta de Adesão, proposta pela Empresa Contratante, a quem concedo o direito de agir em meu nome e de meus dependentes, ficando a mesma investida dos poderes de representação.

2 - Todas as informações prestadas de próprio punho neste documento, referentes a mim e/ou aos meus dependentes, são verdadeiras, completas, de meu conhecimento e responsabilidade. Fico, ainda, ciente que, de acordo com as normas vigentes, se forem constatados dados falsos, inverídicos ou incompletos, o contrato poderá ser rescindido, nos termos estabelecidos nas condições gerais e no artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe: "Se o segurado, por si ou pelo seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido".

3 - Recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e receberei o Guia de Leitura para Contratação de Planos de Saúde, junto com a carteira de identificação do plano.

4 - Tenho ciência de que as substituições/ alterações na rede assistencial da operadora estarão disponíveis no Portal da Unimed Rio, no endereço eletrônico [www.unimedrio.com.br](http://www.unimedrio.com.br).

5 - "Ocorrerá a rescisão unilateral do contrato, pelo não pagamento das mensalidades no período superior a 60 (sessenta) dias, acumulativos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o Beneficiário Titular seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência".

### Assinatura do Proponente Titular ou seu Responsável Legal

Local e Data	CPF:	Assinatura: <input type="checkbox"/> Proponente Titular <input type="checkbox"/> Representante Legal
--------------	------	--



### Produtos Contratados - Sem Coparticipação

Faixas Etárias	Unimed Personal QC Reg. ANS: 467.681/12-5	Alfa 2 Reg. ANS: 467.683/12-1	Unimed Beta 2 Reg. ANS: 467.685/12-8	Delta 2 Reg. ANS: 467.687/12-4	Ômega Plus Reg. ANS: 467.662/12-9
Até 18 anos					
19 a 23 anos					
24 a 28 anos					
29 a 33 anos					
34 a 38 anos					
39 a 43 anos					
44 a 48 anos					
49 a 53 anos					
54 a 58 anos					
De 59 anos em diante					
Total					

### Produtos Contratados - Com Coparticipação

Faixas Etárias	UNIPART Básico Q/P Reg. ANS: 474.215/15-0	UNIPART Básico Q/C Reg. ANS: 474.210-15-9	UNIPART Especial Reg. ANS: 474.214/15-1
Até 18 anos			
19 a 23 anos			
24 a 28 anos			
29 a 33 anos			
34 a 38 anos			
39 a 43 anos			
44 a 48 anos			
49 a 53 anos			
54 a 58 anos			
De 59 anos em diante			
Total			

### Assinatura do Proponente Titular ou seu Responsável Legal

Local e data	Assinatura: <input type="checkbox"/> Proponente Titular <input type="checkbox"/> Representante Legal
--------------	--

## 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.

### 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, consulta médicos por problemas 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 Agravio, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência, 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 declarada, até 24 meses, contados desde a 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 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.
- 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](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte o site da ANS - [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.

Beneficiário Titular

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



## DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

1 - No preenchimento desta declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora ou por um profissional de sua confiança, cujo os honorários serão de sua responsabilidade.

2 - A Declaração Pessoal de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes, como sendo aquelas de que o consumidor tenha conhecimento, no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer um de seus dependentes.

3 - Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, são oferecidas duas opções:

a) Cobertura Parcial Temporária - aquela que admite por período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

b) Agravo - qualquer acréscimo no valor da contraprestação 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 os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

4 - Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas até que a operadora apresente as provas concretas à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. Até a decisão da ANS, não haverá suspensão do contrato nem do atendimento.

5 - A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada pela ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver sido recebido o comunicado ou a notificação da operadora, alegando a existência da doença ou lesão preexistente não declarada.

### Assinatura do Proponente Titular ou seu Responsável Legal

Local e data	Assinatura: <input type="checkbox"/> Proponente Titular <input type="checkbox"/> Representante Legal
--------------	--



### DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. Nome da Empresa Contratante

2. Nome do Beneficiário Titular

3. CPF do Titular

### DADOS DO (S) BENEFICIÁRIO (S) DEPENDENTE (S)

1. Nome do 1º Dependente

2. Nome do 2º Dependente

3. Nome do 3º Dependente

4. Nome do 4º Dependente

### ITENS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

PREENCHER COM  
"S" = SIM ou "N" = NÃO

VÁLIDA PARA TITULAR E DEPENDENTES. DEVERÁ SER PREENCHIDA OBRIGATORIAMENTE PELO BENEFICIÁRIO TITULAR.

	TITULAR	Dependentes			
		1º	2º	3º	4º
1	Sofre de alguma doença cardiovascular, como pressão alta, angina, infarto ou outra?				
2	Sofre de alguma doença endocrinológica, como diabetes, doenças da tireóide, obesidade ou outra?				
3	Sofre de alguma doença do aparelho respiratório, como asma, bronquite, rinite, sinusite ou outra?				
4	Sofre de alguma doença ortopédica, como osteoporose, hérnia de disco, artrite, artrose ou outra?				
5	Sofre de alguma doença do aparelho digestivo, como gastrite, úlcera, colite, hemorróidas, cálculo de vesícula ou outra?				
6	Sofre de alguma doença do fígado, como cirrose, hepatite ou outra?				
7	Sofre de alguma doença urológica, como insuficiência renal, problema de próstata, cálculos ou outra?				
8	Sofre de alguma doença ginecológica, como miomas, cistos ou outra?				
9	Sofre de alguma doença neurológica, como epilepsia, Alzheimer, mal de Parkinson ou outra?				
10	Sofre de alguma doença oftalmológica (dos olhos), como glaucoma, miopia, astigmatismo, hipermetropia, estrabismo ou outra?				
11	Sofre de alguma doença do sangue ou autoimune, como anemias, lúpus, artrite reumatoide ou outra?				
12	Sofre de algum tipo de câncer?				
13	Apresenta hérnia inguinal, umbilical ou outro tipo?				
14	Tem doença do aparelho circulatório, como varizes, insuficiência arterial, linfangite ou outra?				
15	É portador do vírus da AIDS?				
16	Possui qualquer tipo de seqüela, dano ou de deficiência decorrente de doença que saiba ser portador?				
17	Possui deficiência psicomotora, de órgão ou membro?				
18	Possui alguma doença/deformidade hereditária ou congênita?				
19	Possui cirurgia programada para os próximos 12 meses?				
20	Faz acompanhamento psiquiátrico ou psicoterápico?				
21	Está em tratamento médico?				
22	Tem alguma doença não relacionada acima?				

Rubrica

INFORME	TITULAR	1º DEPENDENTE	2º DEPENDENTE	3º DEPENDENTE	4º DEPENDENTE
PESO (KG)					
ALTURA (M)					

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Nº DO ITEM	Assinale com um X					ANO DO EVENTO	Caso tenha sido marcado "Sim" em algum dos itens da Declaração de Saúde (página anterior), seja para Titular e/ou Dependente(s), informe para cada item e por beneficiário as datas, tratamentos, situação atual e tudo o mais que considerar importante para avaliação médica.
	TITULAR	1º DEPENDENTE	2º DEPENDENTE	3º DEPENDENTE	4º DEPENDENTE		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO TITULAR

- Declaro que fui orientado para o preenchimento desta Declaração de Saúde por médico cooperado da Unimed, selecionado por meio do Guia Médico que contém a relação de médicos cooperados.
- Declaro que fui orientado por meu médico particular, não cooperado da Unimed, para preenchimento desta Declaração de Saúde.
- Declaro que dispensei orientação médica a mim oferecida para o preenchimento desta Declaração de Saúde por julgar-me capacitado a fazê-lo por minha própria conta, pelo que respondo integralmente.
- Declaro que fui orientado por médico preposto para preenchimento desta Declaração de Saúde.

Declaro que prestei as orientações necessárias para o BENEFICIÁRIO TITULAR preencher de próprio punho esta Declaração de Saúde.

Assinatura do médico orientador,  
com carimbo e CRM

Declaro que as informações, por mim prestadas nesta Declaração de Saúde, são verdadeiras, pelas quais assumo inteira responsabilidade.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .  
Assinatura do Beneficiário Titular