

Instruções para preenchimento da proposta

Contrato

Pagina 01



PROPOSTA DE INCLUSÃO/ALTERAÇÃO/EXCLUSÃO

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"/> PERSONAL 2 - Registro ANS: 467.681/12-5	<input type="checkbox"/> UNIPART BÁSICO Q/C - Registro ANS: 474.210/15-9
<input type="checkbox"/> ALFA DENTAL 2 - Registro ANS: 467.684/12-0	<input type="checkbox"/> UNIPART BÁSICO Q/P - Registro ANS: 474.215/15-0
<input type="checkbox"/> BETA 2 - Registro ANS: 467.677/12-7	<input type="checkbox"/> UNIPART ESPECIAL - Registro ANS: 474.214/15-1
<input type="checkbox"/> DELTA 2 - Registro ANS: 467.687/12-4	
<input type="checkbox"/> ÔMEGA PLUS - Registro ANS: 467.699/12-8	

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:		RG:	
Órgão Emissor:	PIS:	Nº Cartão Nacional de Saúde: Obrigatório preenchimento	Nº Decl. Nascimento Vivo:
Nome da Mãe:		Telefone de contato	
E-mail: Obrigatório preenchimento		Telefone de contato Obrigatório preenchimento	

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

Dependente 01:	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. Nascimento Vivo:
Dependente 02:	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. Nascimento Vivo:
Dependente 03:	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. Nascimento Vivo:

Assinatura do Proponente Titular ou seu Responsável Legal

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

Assinalar Inclusão quando for nova adesão

Preencher com os dados solicitados do titular e dependentes (quando for o caso)

Obrigatório o preenchimento do Cartão Nacional de Saúde (Cartão do SUS)

Para consultar o numero do CNS instruções no final do slide

A assinatura do proponente titular deve ser idêntica ao documento de identificação enviado pelo mesmo.

Contrato

Pagina 02



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.

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".

A assinatura do proponente titular deve ser idêntica ao documento de identificação enviado pelo mesmo.

Assinatura do Proponente Titular ou seu Responsável Legal		
Local e Data	CPF:	Assinatura: Proponente Titular Representante Legal

Contrato

Página 03



Produtos Contratados - Sem Coparticipação					
Faixas Etárias	Personal 2 Reg. ANS: 467.681/12-5	Alfa Dental 2 Reg. ANS: 467.684/12-0	Beta 2 Reg. ANS: 467.677/12-7	Delta 2 Reg. ANS: 467.687/12-4	Ômega Plus Reg. ANS: 467.699/12-8
Até 18 anos					
19 a 23 anos					
24 a 28 anos					
29 a 33 anos		R\$ 249,28			
34 a 38 anos					
39 a 43 anos					
44 a 48 anos		2X R\$ 375,86			
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			

Informar o valor do plano escolhido conforme a faixa etária e plano escolhido.

Caso tenha duas pessoas na mesma faixa

A assinatura do proponente titular deve ser idêntica ao documento de identificação enviado pelo mesmo.

Assinatura do Proponente Titular ou seu Responsável Legal	
Local e data	Assinatura: <input checked="" 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 Agravo, 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 - 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 - Perfil Beneficiário.

Beneficiário Titular
_____, ____/____/____
Local Data
Nome: _____
Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário
_____, ____/____/____
Local Data
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____



A assinatura do proponente titular deve ser idêntica ao documento de identificação enviado pelo mesmo.

Contrato

Página 05

A assinatura do proponente titular deve ser idêntica ao documento de identificação enviado pelo mesmo.



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: Proponente Titular Representante Legal



DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. Nome da Empresa Contratante

E, m b, r, a, n, c, o,

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

Preencher com os dados solicitados do titular e dependentes (quando for o caso)

ITENS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

PREENCHER COM "S" = SIM ou "N" = NÃO

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

Preencher com "S" para sim e "N" para não

	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 enfisema, 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, hemorroidas, 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 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

Rubricar no local indicado.

Contrato

Página 07



Preencher com os dados solicitados do titular e dependentes (quando for o caso)

Caso tenha informado "S" na página anterior, preencher conforme o exemplo.

A assinatura do proponente titular deve ser idêntica ao documento de identificação enviado pelo mesmo.

INFORME	TITULAR	1º DEPENDENTE	2º DEPENDENTE	3º DEPENDENTE	4º DEPENDENTE		
PESO (KG)							
ALTURA (M)							
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES							
Nº DO ITEM	TITULAR	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.
		1º DEPENDENTE	2º DEPENDENTE	3º DEPENDENTE	4º DEPENDENTE		
02	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2000	Diabetes
10	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1999	Miopia (grau do olho esquerdo e direito)
	<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

Autorização PLASA

Pagina 01

FICHA DE ADESÃO, ALTERAÇÃO DE DADOS E AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO OU EXCLUSÃO AO PLANO DE SAÚDE DA AERONÁUTICA - PLASA



Início da vigência do Plano

Preencher datilograficamente ou em letra de forma legível.

Militar	Tipo	Posto	Ordem/Nº do Saram	DV	OM Pagadora
Civil	Siape	DV	SIAPE do Instituidor (pensionista)		DV
					<input type="checkbox"/> Pensionista

Identificação

Nome			CPF
Sexo	Data de Nascimento	Estado Civil	RG
Emissor	UF Emissor	Naturalidade do Titular	
Nome da Mãe do Titular			
Titular Cartão Nacional da Saúde (CNS)			PIS/PASEP (Opcional)
Endereço Residencial Completo (Preenchimento Obrigatório)			
Nº / Apto. / Andar / Bloco		Bairro	Cidade
CEP		Telefone Residencial	Telefone Celular
E-mail			

Reembolso

Banco	Agência	Conta
-------	---------	-------

Tipo de Movimentação

Inclusão Inclusão de Dependente Exclusão Total* Exclusão de Dependente* Alteração de Dados Transferência de Plano

*Motivo de Exclusão

Modalidade de Planos

ÔNIX	
<input type="checkbox"/> PLANO MAXI ADESÃO - Registro ANS: 470.363/13-4	
UNIMED RIO	
Sem coparticipação - Ambulatorial / Hospitalar com Obstetria	Com coparticipação - Ambulatorial / Hospitalar com Obstetria
<input type="checkbox"/> PERSONAL 2 - Registro ANS: 467.681/12-5	<input type="checkbox"/> UNIPART BÁSICO Q/C - Registro ANS: 474.210/15-9
<input type="checkbox"/> ALFA DENTAL 2 - Registro ANS: 467.684/12-0	<input type="checkbox"/> UNIPART BÁSICO Q/P - Registro ANS: 474.215/15-0
<input type="checkbox"/> BETA 2 - Registro ANS: 467.677/12-7	<input type="checkbox"/> UNIPART ESPECIAL - Registro ANS: 474.214/15-1
<input type="checkbox"/> DELTA 2 - Registro ANS: 467.687/12-4	
<input type="checkbox"/> ÔMEGA PLUS - Registro ANS: 467.699/12-8	
PLANO CAIXA ODONTO	
<input type="checkbox"/> PLANO SIGMA - Registro ANS: 469.187/13-3	
<input type="checkbox"/> PLANO BETA - Registro ANS: 469.186/13-5	
<input type="checkbox"/> PLANO ALFA - Registro ANS: 469.185/13-7	

Preencher com a data informada pelo consultor para inicio do plano

Preencher com os dados solicitados do titular e dependentes (quando for o caso)

Assinalar o plano escolhido

Rubricar no final da pagina

Autorização PLASA

Pagina 02

Preencher com os dados solicitados dos dependentes (quando for o caso)

Beneficiários

Incluir Titular <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Valor (\$)
---	------------

Dados Cadastrais dos Dependentes

1	Nome Completo	Data de Nascimento	Sexo
	Estado Civil	Parentesco	CPF
	Cartão Nacional da Saúde (CNS)	Nome da Mãe	Valor (R\$)
2	Nome Completo	Data de Nascimento	Sexo
	Estado Civil	Parentesco	CPF
	Cartão Nacional da Saúde (CNS)	Nome da Mãe	Valor (R\$)
3	Nome Completo	Data de Nascimento	Sexo
	Estado Civil	Parentesco	CPF
	Cartão Nacional da Saúde (CNS)	Nome da Mãe	Valor (R\$)
4	Nome Completo	Data de Nascimento	Sexo
	Estado Civil	Parentesco	CPF
	Cartão Nacional da Saúde (CNS)	Nome da Mãe	Valor (R\$)
			Total:

Preenchimento obrigatório dos Campos: CPF do titular e dependente, filiação titular e dependentes, data de nascimento titular e dependentes, cédula de identidade, endereço, grau de parentesco dependentes e CNS titular e dependentes. O PIs/PASEP é campo opcional. Consulte o Termo de Credenciamento.

Declaração Pessoal

O beneficiário está ciente que:

- 1.A adesão dos beneficiários ao PLASA estará sujeita às disposições contratuais, à análise e aceitação por parte do Comando da Aeronáutica;
 - 2.Qualquer inacidade ou não preenchimento dos campos deste formulário implicará na recusa da sua inclusão no PLASA;
 - 3.De acordo com o Termo de Credenciamento, o grau de parentesco define-se: cônjuge ou companheiro (a), filhos, enteados, tutelados, menores, sob guarda por força de decisão judicial até 24 (vinte quatro) anos ou se inválidos ou incapacitados para o trabalho sem limite de idade, os pais (biológicos ou adotivos) sem economia própria, comprovadamente dependentes (por meio de declaração de imposto de renda e que tenham renda de até 1 (um) salário mínimo, considerados usuários dependentes);
 - 4.Estado civil define-se: casado, solteiro, divorciado, separado judicialmente, viúvo e companheiros;
 - 5.Esta ficha de adesão está em conformidade com o contrato e aditivos assinados entre as partes;
 - 6.A ficha assinada deverá ser enviada, com data atualizada e os documentos necessários para a realização da movimentação.
- Após o envio para o fax (21)2212-1000 ou o envio por e-mail "qualividaer@qualividabeneficios.com.br", confirme o recebimento através do telefone 0800 025 3080 ou (21)2212-1000
- **CNS: Cartão Nacional de Saúde.
- 7.As movimentações terão vigência de acordo com o calendário estipulado pelo Comando da Aeronáutica e pela Integral Saúde. Consulte o termo de Credenciamento;
 - 8.Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para a aceitação desta Proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão, e a do(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) às condições do contrato coletivo do Plano de Saúde. Declaro receber neste ato, o "Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde" e cópia da presente "Proposta", da "Carta de Orientação ao Beneficiário", e estou ciente de que os cartões de identificação e a lista de prestadores referenciados são responsabilidade da Operadora, bem como o " Guia de Leitura Contratual" e o Manual do Beneficiário, que reproduz condições contratuais do contrato coletivo do Plano de Saúde com os esclarecimentos sobre os aspectos relativos à utilização e manutenção do benefício e os direitos e obrigações dos beneficiários, serão enviados a mim e meu(s) dependente(s);
 - 9.Declaro por fim que tomo ciência de que os documentos mencionados no item 8 também estão disponíveis para acesso e download no site www.integralsaude.com.br, e que fui orientado a realizar o download dos mesmos, uma vez que em tais documentos constam regras e disposições contratuais do Plano de Saúde quando houver adesão, por mim aderido.

Autorização

Local e Data:

Autorizo o desconto em meu contracheque no valor de R\$ _____ (_____) para o Plano de Saúde da Aeronáutica - PLASA.

Declaro que as Informações aqui prestadas e os documentos apresentados são absolutamente verdadeiros, e me responsabilizo civil e criminalmente por elas.

ASSINATURA DO BENEFICIARIO TITULAR

A assinatura do proponente titular deve ser idêntica ao documento de identificação enviado pelo mesmo.

Documentação necessária para adesão ao plano de saúde:

Titular

- => RG;
- => CPF (obrigatório para todas as idades);
- => Cartão Nacional de Saúde (Obrigatório Informar numeração no contrato onde solicitado);
- => Comprovante de Residência do mês de atual (Água, luz, gás, tv a cabo, cartão de crédito) com a folha completa e o código de barras;
- => Contrato e ficha de autorização do PLASA devidamente preenchida e assinada (idêntico ao documento de identificação enviado);
- => Contra cheque atualizado para comprovar vínculo junto a Aeronáutica. (Mesmo para civis.)

Cônjuge:

- => RG;
- => CPF (obrigatório para todas as idades);
- => Cartão Nacional de Saúde (Obrigatório Informar numeração no contrato onde solicitado);
- => Certidão de casamento ou Certidão pública de União Estável lavrada em cartório ou declaração particular de próprio punho com firma reconhecida;

Filhos:

- => Certidão de nascimento (aceita em caso de menores de de 18 anos);
- => RG (obrigatória em caso de maiores de de 18 anos);
- => CPF (obrigatório para todas as idades);
- => Cartão Nacional de Saúde (Obrigatório Informar numeração no contrato onde solicitado)

Pais (biológicos ou adotivos):

- => Sem economia própria, comprovadamente dependentes e que tenham renda de até um salário mínimo, por meio de declaração de Imposto de Renda ou mediante apresentação do Cartão da SARAM*, no qual constem seus nomes como dependente do militar.

Para conclusão de sua adesão, é obrigatório o envio do contrato e a documentação informada para o email de seu consultor, conforme abaixo:

nome@qualividabeneficios.com.br

O Cartão Nacional de Saúde (CNS) é um projeto criado pelo Ministério da Saúde que tem como objetivo construir uma base nacional de informações para a saúde no Brasil, com identificação dos indivíduos, independentemente de sua cobertura pela saúde suplementar. O número do CNS servirá como elo para vinculação entre usuário, profissional, serviço e resultado. A ANS possui papel de intermediador junto ao Ministério da Saúde, no estabelecimento de regras e definição de soluções que atendam às especificidades do setor suplementar.

[Para consultar o numero do Cartão Nacional de Saúde clique aqui.](#)

OBRIGADO