

PEDIDO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE UNIMED-RIO CONTRATO 1

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR

| | | |
|---|--------------------|--------------------|
| NOME DO TITULAR | | |
| MATRÍCULA SIAPE | LOTAÇÃO | CPF |
| ENDEREÇO (Rua, Av., Pça, N°, Complemento) | | |
| BAIRRO | CIDADE | |
| UF | CEP | DATA DE NASCIMENTO |
| E-MAIL | | |
| TELEFONE RESIDENCIAL | TELEFONE COMERCIAL | TELEFONE CELULAR |
| NOME DA MÃE DO TITULAR | | |

MODALIDADE DE PLANO DO GRUPO FAMILIAR

1 - ALFA
 2 - BETA
 3 - DELTA

TABELA DE CONDIÇÃO DE DEPENDÊNCIA

| CÓDIGO | PARENTESCO | TIPO | DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA |
|--------|-------------------|---------|---|
| 1 | CONJUGE | NATURAL | CERTIDÃO DE CASAMENTO E RG E CPF |
| 2 | COMPANHEIRO(A) | NATURAL | ESCRITURA DECLARATÓRIA DE UNIÃO ESTÁVEL OU DECLARAÇÃO DE COABITAÇÃO PELO IBGE |
| 3 | FILHO(A) | NATURAL | CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU RG E CPF |
| 4 | ENTEADO(A) | NATURAL | CERTIDÃO DE NASCIMENTO E CERTIDÃO DE CASAMENTO OU COABITAÇÃO DO PAI/MÃE |
| 5 | MENOR TUTELADO(A) | NATURAL | CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU IDENTIDADE E DECISÃO JUDICIAL |

Apresentar também **cópia do comprovante de residência** dos últimos 60 dias em nome do(s) dependente(s)* (água, luz, gás, telefonia ou internet).

*Em caso de filhos menores de idade, serão aceitos comprovantes em nome dos pais, desde que comprovado o grau de parentesco. Caso o beneficiário não possua uma dessas contas em seu nome, serão aceitas contas em nome do cônjuge ou pais, desde que comprovado o laço matrimonial ou grau de parentesco.

DEPENDENTE(S) PARA INCLUSÃO

| | | | |
|---------------------------|--------|--------------|-----|
| NOME DO DEPENDENTE | | | |
| DATA DE NASCIMENTO | CODIGO | ESTADO CIVIL | CPF |
| NOME DA MÃE DO DEPENDENTE | | | |
| | | | |
| NOME DO DEPENDENTE | | | |
| DATA DE NASCIMENTO | CODIGO | ESTADO CIVIL | CPF |
| NOME DA MÃE DO DEPENDENTE | | | |
| | | | |
| NOME DO DEPENDENTE | | | |
| DATA DE NASCIMENTO | CODIGO | ESTADO CIVIL | CPF |
| NOME DA MÃE DO DEPENDENTE | | | |

DECLARAÇÃO / AUTORIZAÇÃO

Autorizo a UNIMED-RIO a realizar a cobrança dos valores das mensalidades e outros custos decorrentes da minha participação e de meu grupo familiar acima relacionado no contrato de prestação deste serviço, ao qual aderi voluntariamente, tendo ciência e concordando com os termos do contrato firmado entre a Estipulante SIAS e a Empresa Contratada. A referida autorização é válida para cobrança via boleto bancário mensal e desconto em minha folha de pagamento junto ao IBGE ou à SIAS. Declaro estar ciente e concordar com o seguinte: a) que em caso de mudança de meu endereço residencial deverei imediatamente comunicar à SIAS; b) que o não pagamento das mensalidades no vencimento acarretará a cobrança de encargos moratórios previstos em contrato; c) que o não pagamento das mensalidades e outros custos acarretará o cancelamento de minha inscrição e de meu grupo familiar no contrato assistencial aqui referido, o que não implicará na quitação do débito; d) que quando não ocorrer a cobrança dos valores devidos, seja através de boleto bancário ou desconto em folha de pagamento, deverei procurar a UNIMED-RIO ou a SIAS para viabilização do pagamento.

Estou ciente que:

- 1) O pedido de Inclusão recebido na SIAS/MAPMA até o dia 10 será analisado e processado para o 1º dia útil do mês subsequente;
- 2) o vencimento do plano ocorrerá todo 5º dia de cada mês, sob a forma de pós-pagamento.

LOCAL E DATA

ASSINATURA

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula a 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 regularmente, consulta médicos por problema 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 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 declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da 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 pelo beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a 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.

Rubrica

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 a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

Beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome da Empresa Contratante

Nome do Beneficiário Titular

CPF do Titular

Nome do 1º Dependente

Nome do 2º Dependente

Nome do 3º Dependente

ITENS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

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

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

TITULAR

DEPENDENTES

1º 2º 3º

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 1 | Sofre de alguma doença cardiovascular, como pressão alta, angina, infarto ou outra? | | | |
| 2 | Sofre de alguma doença endocrinológica, como diabetes, doenças da tireóide ou outra? | | | |
| 3 | É portador de obesidade? (Responda mediante preenchimento e avaliação do quadro de Unidade de Medida no final desta página) | | | |
| 4 | Sofre de alguma doença do aparelho respiratório, como enfisema, asma, bronquite, rinite, sinusite ou outra? | | | |
| 5 | Sofre de alguma doença ortopédica, como osteoporose, hérnia de disco, artrite, artrose ou outra? | | | |
| 6 | Sofre de alguma doença do aparelho digestivo, como gastrite, úlcera, colite, hemorróidas, cálculo de vesícula ou outra? | | | |
| 7 | Sofre de alguma doença do fígado, como cirrose, hepatite ou outra? | | | |
| 8 | Sofre de alguma doença urológica, como insuficiência renal, problema de próstata, cálculos ou outra? | | | |
| 9 | Sofre de alguma doença ginecológica, como miomas, cistos ou outra? | | | |
| 10 | Sofre de alguma doença neurológica, como epilepsia, Alzheimer, mal de Parkinson ou outra? | | | |
| 11 | Sofre de alguma doença oftalmológica (dos olhos), como glaucoma, miopia, astigmatismo, hipermetropia, estrabismo ou outra? | | | |
| 12 | Sofre de alguma doença do sangue ou autoimune, como anemias, lúpus, artrite reumatoide ou outra? | | | |
| 13 | Sofre de algum tipo de câncer? | | | |
| 14 | Apresenta hérnia inguinal, umbilical ou outro tipo? | | | |
| 15 | Tem doença do aparelho circulatório, como varizes, insuficiência arterial, linfangite ou outra? | | | |
| 16 | É portador do vírus da AIDS? | | | |
| 17 | Possui qualquer tipo de seqüela, dano ou deficiência decorrente de doença que saiba ser portador? | | | |
| 18 | Possui deficiência psicomotora, de órgão ou membro? | | | |
| 19 | Possui alguma doença/deformidade hereditária ou congênita? | | | |
| 20 | Possui cirurgia programada para os próximos 12 meses? | | | |
| 21 | Faz acompanhamento psiquiátrico ou psicoterápico? | | | |
| 22 | Está em tratamento médico? | | | |
| 23 | Tem alguma doença não relacionada acima? | | | |

| UNIDADE DE MEDIDA | TITULAR | 1º DEPENDENTE | 2º DEPENDENTE | 3º DEPENDENTE |
|-------------------|---------|---------------|---------------|---------------|
| Peso (Kg) | | | | |
| Altura (m) | | | | |

Atenção: O Índice de Massa Corpórea (IMC) é calculado dividindo-se o peso em quilogramas (kg) pela altura² em metros.

Exemplo: $IMC = PESO / (ALTURA \times ALTURA)$.

IMC de 30,0 a 34,9 = Obesidade Grau I

IMC de 35,0 a 39,9 = Obesidade Grau II

IMC acima de 40,0 = Obesidade Mórbida

Rubrica

ATESTADO DE VERACIDADE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE PRESTADAS NA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Atesto para todos os fins de direito, e a quem possa interessar, que as informações prestadas na Declaração de Saúde, preenchidas na presente data, incluindo peso corporal e altura, são verdadeiras, legítimas e idôneas, bem como condizentes com a realidade das atuais condições de saúde.

Outrossim, ratifico que informei estrita e devidamente tudo aquilo que se faz referente ao estado de saúde atual e progressivo, estando ciente de que as declarações falsas, errôneas, equivocadas, incorretas e incompletas poderão configurar crime de falsidade ideológica, nos termos do disposto no artigo 299 do Código Penal, cabendo à Unimed-Rio, nesses casos, o direito de adotar as medidas legais pertinentes.

Declaro, ainda, estar ciente que a Unimed-Rio poderá solicitar a presença para uma Entrevista Qualificada, caso lhe seja de interesse para fins de atestar a veracidade e real estado das condições de saúde.

_____, ____ de _____ de _____.

Nome Legível do Beneficiário Titular: _____

CPF do Beneficiário Titular : _____

Assinatura do Beneficiário Titular: _____

Corretor: _____

Consentimento para o Tratamento de Dados Pessoais do Titular

Participo que, na condição de Titular dos Dados ou de seu representante legal, estou de acordo que a Mapma Administradora de Benefícios Ltda, nas atribuições de operadora, colete os meus dados pessoais sensíveis com a única finalidade de possibilitar a contratação de planos de saúde e/ou odontológicos da operadora UNIMED RIO com a qual esses dados serão compartilhados na condição de controladora, sendo desta a responsabilidade de armazená-los enquanto vigo- rar o plano de saúde e/ou odontológico e de descartá-los ao término da vigência.

O Titular ou seu representante legal poderá revogar seu consentimento a qualquer tempo, por intermédio do e-mail encarregadolgpd@mapma.com.br.

No caso de cancelamento do plano de saúde e/ou odontológico por inadimplência, os dados pessoais do Titular serão compartilhados com o órgão de proteção ao crédito SERASA e com empresa prestadora de serviço de cobrança.

Fundamento Legal do Termo de Consentimento: Artigo 5º, inciso XII, da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), o qual estabelece que o consentimento é uma “manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o Titular ou seu responsável legal concorda com o tratamento de seus dados pessoais para uma finalidade determinada”.

Local e data

Assinatura do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)