

# PEDIDO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE UNIMED FERJ CONTRATO 2

## 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
6	NETO(A)	NATURAL	CERTIDÃO DE NASCIMENTO/RG E CPF

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 FERJ 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 FERJ 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 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 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 **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 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 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.

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](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: \_\_\_\_\_

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? <b>(Responda mediante preenchimento e avaliação do quadro de Unidade de Medida no final desta página)</b>			
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 sequela, 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 altura<sup>2</sup> 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

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

N° 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	DEPENDENTES				
		1°	2°	3°		
	<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"/>		
	<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-Rio     Meu médico particular     Médico preposto

 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.

**DECLARAÇÃO DO MÉDICO ORIENTADOR**

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

**INFORMAÇÕES - DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

**Cobertura Parcial Temporária (CPT)** é aquela que admite, por um 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.

**Agravo** é 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.

O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

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.

1. Estou ciente que será aplicada imediatamente, a partir da vigência do contrato, cláusula de Cobertura Parcial Temporária, na qual o beneficiário não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Beneficiário Titular

**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](mailto: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)