



DOCUMENTOS PARA ADESÃO AO PLANO MÉDICO

Titular: _____

CPF: _____

Documentos básicos:

- Declaração de vínculo SIAS (Emitida pela Entidade);
- Contrato de adesão, devidamente preenchido e rubricado;
- Declaração de saúde (DPS);
- Cópia do contracheque do Servidor;
- Cópia do RG e CPF do titular e dependentes;
- Cópia do comprovante de residência (conta de consumo: água, luz, gás e telefone);
- Cópia da certidão de casamento (em caso de cônjuge);
- Cópia da declaração de união estável / declaração de coabitação (em caso de cônjuge).

Documentos complementares:

- Declaração de vínculo (Declaração de permanência) com Operadora de origem, comprovando o tempo mínimo de permanência (do titular e dependentes);
- Cópia dos comprovantes de pagamento dos 3 (três) últimos meses, ou declaração de adimplência emitida pela operadora do plano médico-hospitalar de origem.

Observações:

- ✓ Os requerimentos recebidos na SIAS/Mapma até o dia 10 serão analisados e processados para o 1º dia útil do mês subsequente.
- ✓ O vencimento do plano ocorrerá todo dia 05 de cada mês, sob a forma de pré-pagamento.
- ✓ Caso não haja o preenchimento correto do contrato de adesão, da declaração de saúde e exista pendência de documentos, a adesão poderá não ser processada.

I. DADOS CADASTRAIS DA CONTRATANTE

1. Nome da Empresa Contratante

SIAS – SOCIEDADE IBGEANA DE ASSISTÊNCIA E SEGURIDADE

- ## 2. CNPJ

33.937.541/0001 08

- ### 3. INÍCIO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

01/ /

II. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR

2. DATA DE NASC

- ### 3. SEXO (M/F)

4. CPF DO TITULAR

- ## 5. DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

- ## 6. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

7. NOME DA MÃE DO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

8. ESTADO CIVIL | (1 - SOLTEIRO / 2 - CASADO / 3 - VIÚVO / 4 - DIVORCIADO / 5 - OUTROS)

- ## 9. NÚMERO DE IDENTIDADE

- ## 10. ÓRGÃO EMISSOR

11. E-MAIL DO BENEFICIÁRIO TITULAR

12. NOME DO CONTRATANTE (SE BENEFICIÁRIO TITULAR FOR MENOR DE IDADE OU INCAPAZ)

13. DATA DE NASC

14. SEXO (M /F)

15. CPF CONTRATANTE

- ## 16. GRAU PARENTESCO

 (1- PAI ou MÃE / 2 - CÔNJUGE / 3 - FILHO ou FILHA / 4 - OUTROS)

17. POSSUI PLANO ANTERIOR: (S ou N)

- ## 18. QUANTO TEMPO?

- ## 19. QUAL OPERADORA

- ## 20. REGISTRO ANS

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO E OFERECIMENTO

Declaro que conheci e me foi oferecido o Plano Referência (artigo 10º, § 2º da Lei 9.656/98), comercializado pela ASSIM – Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda com a denominação PLÊNUS REFERÊNCIA, registrado na ANS sob o número 426.239/99-5, que assegura assistência ambulatorial e assistência hospitalar com obstetrícia e acomodação em quarto coletivo (enfermaria), para tratamento das doenças relacionadas no CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças Relacionadas à Saúde, mas optei pela contratação do plano que defini no item V – DADOS DO PLANO CONTRATADO.

_____, ____ de _____ 20____

Assinatura do Beneficiário Titular

V. DADOS DO PLANO CONTRATADO - Assinale com um X sua opção de Plano:

SELECIONE SEU PLANO	NOME COMERCIAL DO PLANO	Nº DO REGISTRO NA ANS	SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	COPARTICIPAÇÃO	ACOMODAÇÃO	REEMBOLSO
	ASSIM MAX	483.898/19-0	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Grupo de Municípios	Sem	Quarto Coletivo	Não
	ASSIM MAX	489.022/21-1	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Grupo de Municípios	Com	Quarto Coletivo	Não
	CLASSICO QC	481.803/18-2	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Grupo de Municípios	Sem	Quarto Coletivo	Não
	CLASSICO QC	475.480/16-8	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Grupo de Municípios	Com	Quarto Coletivo	Não
	IDEAL QC	481.802/18-4	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Grupo de Municípios	Sem	Quarto Coletivo	Não
	IDEAL QC	475.481/16-6	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Grupo de Municípios	Com	Quarto Coletivo	Não
	IDEAL QP	481.800/18-8	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Grupo de Municípios	Sem	Quarto Particular	Não
	IDEAL QP	475.476/16-0	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Grupo de Municípios	Com	Quarto Particular	Não
	SUPERIOR QP	481.801/18-6	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Grupo de Municípios	Sem	Quarto Particular	Não
	SUPERIOR QP	475.479/16-4	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Grupo de Municípios	Com	Quarto Particular	Não

VI. TABELA INDICATIVA DE COPARTICIPAÇÃO:

COPARTICIPAÇÃO 50%	
TABELA DE COPARTICIPAÇÃO	MAX/CLÁSSICO/IDEAL /SUPERIOR
PROCEDIMENTOS	UC* = R\$ 1,251
Consulta Eletiva ou Simples	Até 20 UC
Atendimento de Emergência (Em Pronto Socorro)	Até 30 UC
Exames Simples e Terapias Ambulatoriais (Sem senha)	Até 8 UC
Exames Especiais e Terapias Ambulatoriais (Com senha)	Até 30 UC
Internações	Não Aplicável

VII. TOTAL DO VALORES CONTRATADOS – R\$

VALORES	TITULAR	1º Dependente	2º Dependente	3º Dependente	4º Dependente	SUBTOTAL
Valor Mensalidade						
Total Mensalidade						
Taxa de Implantação	R\$ 80,00					

VIII. FORMA DE COBRANÇA – PLANO PRÉ-PAGAMENTO - Assinale com um X uma das duas opções:

VENCIMENTO VALOR DA MENSALIDADE TODO DIA 05 DO MÊS DE COMPETÊNCIA

☐ BOLETO BANCÁRIO

☐ DÉBITO EM CONTA CORRENTE SANTANDER

NÚMERO DO BANCO

NÚMERO DA AGÊNCIA

NÚMERO DA CONTA CORRENTE

033

Em virtude da contratação, declaro que:

1 - Recebi informações completas e suficientes para a perfeita compreensão do produto que irei contratar.

2 - Conforme estabelecido nas normas em vigor da ANS, recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e tenho ciência de que o Guia de Leitura Contratual (GLC) será entregue junto com os cartões de identificação do beneficiário titular e dos dependentes eventualmente inscritos;

3 - Recebi as Condições Gerais e valores detalhados de eventuais opcionais contratados;

4 - As informações prestadas nesta Proposta Contratual e os documentos apresentados são absolutamente verdadeiros e completos, para os quais me responsabilizo civil e criminalmente pelas informações nela prestadas; e

5 - Autorizo a ASSIM a entrar em contato por meio dos dados fornecidos nesta Proposta, para fins de comunicação institucional ou operacional.

_____, ____ de _____ 20____

Assinatura do Beneficiário Titular

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 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 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 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: _____

ITENS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

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

PREENCHER COM

“S” = SIM OU “N” = NÃO

Caso tenha sido marcado “Sim” em algum dos itens da Declaração de Saúde a seguir, seja para o Titular e/ou dependente (s), informe para cada item e por beneficiários as datas, tratamentos, situação atual e tudo mais que considerar importante para avaliação médica

	TITULAR	DEPENDENTES			
		1º	2º	3º	4º
1. Sofre de alguma doença cardiovascular, como pressão alta, infarto ou outra?					

Justificativa: _____

2. Sofre de alguma doença endocrinológica, como diabetes, doenças de tireoide ou outra?					
---	--	--	--	--	--

Justificativa: _____

3. É portador de obesidade? (Responda mediante preenchimento e avaliação do quadro de Unidade de Medida no final desta página)					
--	--	--	--	--	--

Justificativa: _____

4. Sofre de alguma doença do aparelho respiratório, como enfisema, asma, bronquite, rinite, sinusite ou outra?					
--	--	--	--	--	--

Justificativa: _____

5. Sofre de alguma doença ortopédica, como osteoporose, hérnia de disco, artrite, artrose ou outra?					
---	--	--	--	--	--

Justificativa: _____

6. Sofre de alguma doença do aparelho digestivo, como gastrite, úlcera, colite, hemorroidas, cálculo de vesícula ou outra?					
--	--	--	--	--	--

Justificativa: _____

7. Sofre de alguma doença do fígado, como cirrose, hepatite ou outra?					
---	--	--	--	--	--

Justificativa: _____

8. Sofre de alguma doença urológica, como insuficiência renal, problema de próstata cálculos ou outra?					
--	--	--	--	--	--

Justificativa: _____

9. Sofre de alguma doença ginecológica, como miomas, cistos ou outras?					
--	--	--	--	--	--

Justificativa: _____

10. Sofre de alguma doença neurológica, como epilepsia, Alzheimer, mal de Parkinson ou outra?					
---	--	--	--	--	--

Justificativa: _____

11. Sofre de alguma doença oftalmológica (dos olhos), como glaucoma, miopia, astigmatismo, hipermetropia, estrabismo ou outra?					
--	--	--	--	--	--

Justificativa: _____

12. Sofre de alguma doença do sangue ou autoimune, como anemias, lúpus, artrite reumatoide ou outra?					
--	--	--	--	--	--

Justificativa: _____

13. Sofre de algum tipo de câncer?					
------------------------------------	--	--	--	--	--

Justificativa: _____

14. Apresenta hérnia inguinal, umbilical ou outro tipo?					
---	--	--	--	--	--

Justificativa: _____

15. Tem doença do aparelho circulatório, como varizes, insuficiência arterial, linfangite ou outra?

Justificativa: _____

16. É portador do vírus da AIDS?

Justificativa: _____

17. Possui qualquer tipo de sequela, dano ou deficiência decorrente de doença que saiba que é portador?

Justificativa: _____

18. Possui doença psicomotora, de órgão ou membro?

Justificativa: _____

19. Possui alguma doença/deformidade hereditária ou congênita?

Justificativa: _____

20. Possui cirurgia programada para os próximos 12 meses?

Justificativa: _____

21. Faz acompanhamento psiquiátrico ou psicoterapêutico?

Justificativa: _____

22. Está em tratamento médico?

Justificativa: _____

23. Tem alguma doença não relacionada acima?

Justificativa: _____

QUADRO DE AVALIAÇÃO PARA RESPOSTA DO ITEM 3 DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE:

UNIDADE DE MEDIDA	TITULAR	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP
Peso (Kg)					
Altura (m)					

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

DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Declaro que fui orientado para o preenchimento desta Declaração de Saúde por:

☐ Médico Credenciado ☐ 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 ASSIM, nesses casos, o direito de adotar as medidas legais pertinentes.

Declaro, ainda, estar ciente que a ASSIM 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: _____

CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO POR ADEÇÃO

Pelo presente, declaro expressamente que, após ter recebido, lido e compreendido o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), CONCORDO E ESTOU CIENTE QUE:

1. Este instrumento é meu Contrato de Adesão (a “Proposta”) ao contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão (o “benefício”), celebrado entre MAPMA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA (a “Administradora de Benefícios”) e a ASSIM ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, (a “Operadora”) e destinado à população que mantenha vínculo com a minha “Entidade”, que é a Pessoa Jurídica indicada na página 1 desta Proposta.
2. A aceitação da minha Proposta depende da comprovação de meu vínculo com a Entidade, sendo que os documentos comprobatórios desse vínculo estão sendo entregues por mim ao angariador, no ato da assinatura desta, para que a idoneidade deles seja conferida em até 15 (quinze) dias pela Administradora de Benefícios, podendo esta Proposta ser recusada em razão da falta de minha elegibilidade ou outra razão devidamente explicada.
3. Somente serão aceitos como dependente o meu cônjuge, ou meu (minha) companheiro (a), filhos (as) solteiros (as), naturais ou adotivos, com guarda provisória ou definitiva, enteados (as) ou tutelados (as) na forma da lei, desde que possuam até 39 (trinta e nove anos) completos e, filhos (as) inválidos (as), sem limite de idade, declarados dependentes do beneficiário titular perante a Receita Federal ou Imposto de Renda e:
 - Genro e Nora até 58 anos;
 - Neto (a) e Bisneto (a) até 39 anos completos;
 - Irmão (ã) até 58 anos;
 - Sobrinho (a) até 39 anos e;
 - Cunhado (a) até 58 anosTodos com comprovação de vínculo com o (a) titular do plano.
4. Sou o único responsável pelos documentos e informações fornecidos por mim e por meu (s) dependente (s) sobre toda e qualquer circunstância que possa influir na aceitação desta Proposta, na manutenção ou no valor mensal do benefício, sabendo que as omissões ou dados errôneos acarretarão a perda de todos os meus direitos, bem como os do (s) meu (s) dependente (s), decorrentes do benefício.
5. Após a aceitação desta Proposta, o benefício terá início na data indicada no campo “início da vigência do contrato”, na página 1 da proposta apresentada, e tanto eu quanto meu (s) dependente (s) indicado (s) passaremos a ser denominados “beneficiários”.
6. Assim que eu assumir a condição de beneficiário titular, fica outorgado à Administradora de Benefícios amplos poderes para me representar, assim como, o (s) meu (s) beneficiário (s) dependente (s), perante a Operadora e outros órgãos, em especial a ANS, no cumprimento e/ou nas alterações deste benefício, bem como nos reajustes dos seus valores mensais.
7. O contrato coletivo firmado entre a Administradora de Benefícios e a Operadora, contrato que passarei a integrar, vigorará pelo prazo de 1 (um) ano, sendo renovado automaticamente no mês de agosto, por igual período, desde que não ocorra denúncia, por escrito, de qualquer das partes, seja pela Administradora de Benefícios ou pela Operadora. Em caso de rescisão desse contrato coletivo, a Administradora de Benefícios me fará a comunicação desse fato, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

8. Poderei, assim como meu (s) beneficiário (s) dependente (s), utilizar o benefício por meio dos prestadores médicos credenciados pela Operadora, respeitadas as condições contratuais de cada plano. E, exclusivamente para os planos que tenham a opção, poderei utilizar o sistema de reembolso das despesas médicas, respeitados os limites das condições contratuais de cada plano, conforme informado no Manual do Beneficiário. Nesses casos, os serviços serão realizados por prestadores locais não credenciados para o plano contratado, sendo certo que o valor do reembolso não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago por mim para as respectivas despesas.
9. O benefício cobrirá as despesas com serviços médico-hospitalares relacionados ao “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”, instituídos pela ANS, no tratamento das doenças codificadas na versão 10 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID – 10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), observada a abrangência das condições gerais deste benefício.
10. Além das coberturas referidas no item 9, este benefício pode oferecer, conforme as condições de cada plano, coberturas e /ou benefícios opcionais (desde que contratados), detalhados no Manual do Beneficiário, que receberei após a aceitação desta Proposta.
11. As coberturas excluídas do benefício são aquelas que não se incluem no “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde” da ANS, nem das demais coberturas eventualmente oferecidas por este benefício, sejam elas coberturas adicionais ou opcionais (quando contratadas), bem como as despesas não cobertas citadas na Lei nº 9.656/98 e nas normas regulamentadas da ANS, cuja relação está detalhada no Manual do Beneficiário.
12. Os prazos de carência são os períodos nos quais nem eu nem meu (s) beneficiário (s) dependente (s) teremos direito a determinadas coberturas, mesmo que em dia com o pagamento do benefício. Haverá prazos de carência para utilização do benefício conforme tabela indicativa da qual tive ciência e que também consta do Manual do Beneficiário. Para efeitos de isenção de carências, devem-se observar as normas regulamentares da ANS e a legislação em vigor e, se houver redução de carências, deve-se observar o Aditivo de Redução de Carências que acompanha esta proposta.
13. Doença ou Lesão preexistente é aquela da qual eu ou meu (s) dependente (s) saiba (mos) ser portador (es) nesta data, seja por diagnóstico feito, conhecido ou em andamento, devendo declará-la na “Declaração de Saúde” a informação de doença (s) ou lesão (ões) preexistentes, será aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do benefício, a suspensão da cobertura para Procedimento de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos desde que relacionados à (s) doença (s) ou lesão (ões) preexistente (s) declarada (s).
14. Depende de autorização prévia pela Operadora a realização de: (I) serviços auxiliares de diagnose; (II) serviços auxiliares de terapia; (III) exames especializados; (IV) procedimentos e tratamentos especializados; (V) internações e; (VI) Remoções, conforme condições constantes do Manual do Beneficiário.
15. As características do benefício relativas a (I) Segmentação Assistencial; (II) Padrão de Acomodação em Internação e; (III) Abrangência geográfica estão definidas na página 6 desta proposta e, assim como a área de atuação, também constam do Manual do Beneficiário.

16. Os valores pactuados regem-se será pelo regime de pré pagamento mensal e a data do vencimento será sempre o dia 05 do mês seguinte. As únicas formas de cobrança aceitas serão BOLETO BANCÁRIO ou DÉBITO EM CONTA CORRENTE SANTANDER e no primeiro vencimento será apresentada a taxa de cadastramento e implantação no valor de R\$ 60,00 devendo ser integralmente paga junto à primeira cobrança do benefício pelo proponente titular. A falta de pagamento na data de seu vencimento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do benefício e acréscimo de juros de 6% (seis por cento) ao mês sobre o valor total do benefício. No período de inadimplência poderá ocorrer a suspensão automática do benefício, cuja utilização somente será restabelecida a partir da baixa bancária da quitação do (s) valor (es) pendente (s) acrescido (s) dos encargos supracitados, observada a possibilidade de cancelamento, conforme disposto na legislação em vigor.
17. Independente da data da minha Proposta, o valor mensal do benefício poderá sofrer reajustes legais e contratuais, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações: (I) reajuste financeiro no aniversário do contrato; (II) por índice sinistralidade no aniversário do contrato; (III) por mudança de faixa etária no mês do aniversário meu e/ou do (s) meu (s) dependentes (s) e; (IV) em outras hipóteses, desde que em conformidade com as normas e legislação em vigor.

TABELA FAIXA ETÁRIA – REAJUSTE	
PRODUTOS MAX / CLÁSSICO / IDEAL / SUPERIOR	
FAIXA ETÁRIA	AUMENTO
00 até 18 anos	0%
19 até 23 anos	36% ao completar 19 anos
24 até 28 anos	10% ao completar 24 anos
29 até 33 anos	9% ao completar 29 anos
34 até 38 anos	1% ao completar 34 anos
39 até 43 anos	5% ao completar 39 anos
44 até 48 anos	42% ao completar 44 anos
49 até 53 anos	35% ao completar 49 anos
54 até 58 anos	20% ao completar 54 anos
59 ou mais	51% ao completar 59 anos

18. Devo solicitar e informar expressamente à Administradora de Benefícios toda e qualquer alteração cadastral, tal como a eventual perda de elegibilidade e o cancelamento de adesão ao benefício, respeitando os prazos e as condições constantes do Manual do Beneficiário.
19. O benefício poderá ser cancelado: (I) por solicitação expressa minha, como beneficiário titular, à SIAS, à Administradora de Benefícios ou à Operadora de planos, observando o disposto na Resolução Normativa 412 da ANS ou qualquer outra que venha tratar sobre o tema; (II) por fraude comprovada; (III) pelo não pagamento da mensalidade por mais de sessenta dias, consecutivos ou não, durante os últimos doze meses de vigência do contrato, desde que eu tenha sido comprovadamente notificado até o 50º dia do atraso e; (IV) pela perda de elegibilidade na Entidade;

20. No caso de cancelamento do benefício, devolvarei imediatamente à Administradora de Benefícios o (s) cartão (ões) de identificação do (s) beneficiário (s), assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida do benefício, incluindo a utilização de terceiros, com ou sem meu conhecimento.
21. Não haverá nenhuma continuidade deste benefício nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da lei 9.656/98, que cuidam da continuidade assistencial em casos de demissão e aposentadoria em contratos coletivos empresariais, hipóteses essas totalmente diversas das que se aplicam a este benefício.
22. Poderei postular nova adesão ao benefício, mediante: (I) aceitação pela Administradora de Benefício; (II) quitação de eventuais débitos anteriores meu ou de meu grupo familiar; e (III) cumprimento de novos prazos de carência, independentemente do período anterior em que permaneci no contrato coletivo.
23. Devo encaminhar prontamente à Administradora de Benefícios e/ou à Operadora quando qualquer quando qualquer uma delas solicitar, documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas.
24. Poderei desistir desta Proposta, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito à Administradora de Benefício no prazo máximo de 7 (sete) dias contados a partir da data da minha assinatura neste instrumento, autorizando a cobrança da taxa de cadastramento e implantação e do valor mensal do benefício, caso esse prazo não seja observado.
25. Estou ciente que os dias de atrasos dos pagamentos das mensalidades são cumulativos e quando esse total atingir 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato será procedida a exclusão unilateral do plano, nos termos do art. 13, II, da Lei 9.656/98 desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.
26. A permanência em inadimplência, de acordo com o art. 43 do Código de Defesa do Consumidor e com o art. 160, I, da Lei nº 3071/16, permitem à Mapma Administradora de Benefícios Ltda. a adotar medidas para cobrança dos valores pendentes a partir de 30 (trinta) dias incluindo os dados do beneficiário titular ou responsável pelo pagamento das mensalidades nos órgãos de proteção ao crédito (SPS / SERASA);
27. O Foro para dirimir quaisquer questões oriundas da presente Proposta é o do meu domicílio.

Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo as condições prévias para 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) nas páginas 1, 2, 3 e 4 da Proposta Contratual.

Declaro que ficarei com uma cópia de toda a documentação após a entrega e que tenho conhecimento de que o envio do (s) cartão (ões) de identificação do (s) beneficiário (s) e o GLC – Guia de leitura Contratual serão enviados pela operadora, que disponibiliza em seu site a lista de credenciados. E a Mapma Administradora de Benefícios Ltda irá fornecer o MPS – Manual de Orientação para Contratação do Plano de Saúde, que traz esclarecimentos sobre os aspectos relativos à utilização e manutenção do benefício e os direitos e obrigações dos beneficiários, sendo enviado a mim tão logo eu e meu (s) dependente (s) tenhamos sido aceitos e nossos registros estejam regularizados na Operadora.

_____, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Beneficiário Titular

MAPMA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA

CNPJ: 11.055.313/0001-63

ENDEREÇO: Rua Rodrigo Silva, nº 26 – 14º andar – Centro – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.011-902

ANS: 41756-4

ASSIM SAÚDE

GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA.

CNPJ: 31.925.548/0001-76

ENDEREÇO: Avenida Presidente Vargas, 914 – Centro – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.071-001

ANS: 30922-2

CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DO TITULAR

Fundamento legal do Termo de Consentimento: 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 ASSIM com a qual esses dados serão compartilhados na condição de controladora, sendo desta a responsabilidade de armazená-los enquanto vigorar 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