

Documentos para Adesão Plano Médico

Titular:

CPF:

Documentos Básicos:

- Declaração de vínculo SIAS (Emitida pela Entidade);
- Contrato de adesão, devidamente preenchido e rubricado;
- Declaração de Saúde (DPS) (Preencher todos os itens da declaração);
- Cópia do contracheque Servidor;
- Cópia do RG e CPF do titular e dependentes;
- Cópia do comprovante de residência (Conta de Consumo: Água, luz e gás);
- 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 pagamentos dos 3 (três) últimos meses, ou declaração de adimplência emitida pela operadora do plano médico-hospitalar de origem;
 - 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 5º dia de cada mês, sob a forma de pós-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.

Rubrica

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

O correto preenchimento reduz o tempo de cadastramento do beneficiário e evita a sua devolução. Portanto, siga atentamente todas as instruções de preenchimento, registrando os dados nos campos de maneira legível, em letra de forma e sem emendas ou rasuras. Este documento foi elaborado considerando o número máximo de caracteres permitidos operacionalmente. Sendo assim, não ultrapasse o número de campos disponíveis.

I. DADOS DA EQUIPE DE VENDAS

1. **NOME DA CORRETORA** – preencher com o nome da Corretora.
2. **COD. DA CORRETORA** - preencher com o código da Corretora.
3. **NOME CORRETOR** – preencher com o nome do Corretor.
4. **CPF CORRETOR** – preencher com o número do CPF do Corretor.
5. **CÓDIGO CORRETOR** – preencher com o código do Corretor.
6. **CARIMBO DA CORRETORA** - campo de uso exclusivo para carimbo da Corretora.

II. DADOS CADASTRAIS DA CONTRATANTE

1. **NOME DA EMPRESA CONTRATANTE** - preencher com o nome (Razão Social) da Empresa Contratante.
2. **NOME DO CONSELHO PROFISSIONAL, ENTIDADE DE CLASSE, SINDICATO, ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL, COOPERATIVA, ETC** - preencher com o nome (Razão Social) quando esta não for a empresa contratante.
3. **CNPJ** - preencher com o número do CNPJ da Empresa Contratante.
4. **INÍCIO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO** - preencher com a data de vigência do contrato, no formato DD/MM/AAAA.

III. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. **NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR** - preencher com o nome completo do beneficiário titular. **Não abreviar nenhum nome.**
2. **DATA DE NASCIMENTO** - preencher com a data de nascimento do beneficiário titular, no formato DD/MM/AAAA.
3. **SEXO** - preencher com (M), se o beneficiário titular for do sexo masculino ou (F), se for do sexo feminino.
4. **CPF TITULAR** - preencher com o número do CPF (Cadastro de Pessoa Física) do beneficiário titular, ainda que o mesmo seja menor de 18 anos.
5. **DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO** - preencher com o número de Registro da Declaração de Nascido Vivo para o beneficiário titular nascido a partir de 1º de Janeiro de 2010.
6. **CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE** - preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário titular.
7. **NOME DA MÃE DO BENEFICIÁRIO TITULAR** - preencher com o nome completo da mãe do beneficiário titular. **Não abreviar nenhum nome.**
8. **ESTADO CIVIL** - preencher com o estado civil do beneficiário titular, conforme apresentado: Casado – preencher com (C); Solteiro – preencher com (S); Divorciado – preencher com (D); Separado Judicialmente/Desquitado – preencher com (J); Viúvo – preencher com (V).
9. **NÚMERO DE IDENTIDADE** - preencher com o número do Documento de Identificação (RG) do beneficiário titular.
10. **ÓRGÃO EXPEDIDOR** - preencher com o órgão expedidor do Documento de Identificação (RG) do beneficiário titular.
11. **E-MAIL DO BENEFICIÁRIO TITULAR** - preencher com o e-mail (endereço eletrônico) do beneficiário titular.
12. **NOME DO CONTRATANTE** - preencher com o nome completo do Contratante se o beneficiário titular for menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz. **Não abreviar nenhum nome.**
13. **DATA DE NASCIMENTO** - preencher com a data de nascimento do Contratante, se o beneficiário titular for menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz.
14. **SEXO** - preencher com (M), se o Contratante for do sexo masculino ou (F), se for do sexo feminino.
15. **CPF (CONTRATANTE)** - preencher com o número do CPF (Cadastro de Pessoa Física) do Contratante, se o beneficiário titular for menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz.
16. **GRAU DE PARENTESCO** - preencher com a descrição do grau de parentesco entre o beneficiário titular e o Contratante, se o beneficiário titular for menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz
17. **POSSUI PLANO ANTERIOR?** - assinalar com um "x" no campo "Sim" ou "Não", de acordo com a situação do beneficiário titular, no que diz respeito a possuir ou não plano de saúde anterior. Em caso afirmativo, é obrigatório anexar documentação comprobatória.
18. **QUANTO TEMPO?** - quando o campo nº 17 for assinalado com um "Sim", preencher com o tempo de permanência (em meses ou anos) do beneficiário titular no plano de saúde anterior.
19. **QUAL A OPERADORA?** - quando o campo nº 17 for assinalado com um "Sim", preencher com o nome da Operadora com a qual o beneficiário titular mantinha o plano de saúde anterior.
20. **REGISTRO NA ANS** - quando o campo nº 17 for assinalado com um "Sim", preencher com o nº de registro na ANS da Operadora com a qual o beneficiário titular mantinha o plano de saúde anterior.

IV. ENDEREÇO DO TITULAR

1. **ENDEREÇO RESIDENCIAL** - preencher com o endereço residencial do beneficiário titular. **Neste campo preencher apenas o nome do logradouro, sem número ou complemento.**
2. **NÚMERO** - preencher com o número do endereço residencial do beneficiário titular.
3. **COMPLEMENTO** - preencher com o complemento do endereço residencial do beneficiário titular.
4. **BAIRRO** - preencher com o bairro do endereço residencial do beneficiário titular.
5. **CEP** - preencher com o número do CEP (Código de Endereçamento Postal) do endereço residencial do beneficiário titular, **com 8 dígitos.**
6. **MUNICÍPIO** - preencher com o município de domicílio do beneficiário titular.
7. **UF (Unidade de Federação)** - preencher com a UF da cidade do domicílio do beneficiário titular.
8. **TELEFONE** - preencher com o número de telefone de contato do beneficiário titular, incluindo o DDD (Discagem Direta à Distância) da área.
9. **TELEFONE CELULAR** - preencher com o número de telefone celular de contato do beneficiário titular, incluindo o DDD (Discagem Direta à Distância) da área.
10. **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA** - somente preencher este campo quando o beneficiário titular desejar receber suas correspondências em local diferente do endereço residencial. Neste campo preencher apenas o logradouro, sem número ou complemento.
11. **NÚMERO** - quando o campo de nº 10 for preenchido, indicar o número correspondente.
12. **COMPLEMENTO** - quando o campo de nº 10 for preenchido, indicar o complemento correspondente.
13. **BAIRRO** - quando o campo de nº 10 for preenchido, indicar o bairro correspondente.
14. **CEP** - quando o campo de nº 10 for preenchido, indicar o CEP (Código de Endereçamento Postal) correspondente, **com 8 dígitos.**
15. **MUNICÍPIO** - quando o campo de nº 10 for preenchido, indicar o município correspondente.
16. **UF (Unidade de Federação)** - quando o campo de nº 10 for preenchido, indicar a sigla UF correspondente.

V. DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

1. **NOME** - preencher com o nome completo de cada beneficiário dependente. **Não abreviar nenhum nome.**
2. **DATA DE NASCIMENTO** - preencher com a data de nascimento de cada beneficiário dependente, no formato DD/MM/AAAA.
3. **SEXO** - preencher com (M), se o beneficiário dependente for do sexo masculino ou (F), se for do sexo feminino.
4. **ESTADO CIVIL** - preencher com o estado civil de cada beneficiário dependente, conforme apresentado: Casado - preencher com (C); Solteiro - preencher com (S); Divorciado - preencher com (D); Separado Judicialmente/Desquitado - preencher com (J); Viúvo - preencher com (V).
5. **CPF** - preencher com o número do CPF de cada beneficiário dependente, mesmo sendo menor de 18 (dezoito) anos.
6. **GRAU DE PARENTESCO** - preencher com a descrição do grau de parentesco de cada beneficiário dependente.
7. **NOME DA MÃE** - preencher com o nome completo da mãe de cada beneficiário dependente inscrito. **Não abreviar nenhum nome.**
8. **DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO** - preencher com o número da Declaração de Nascido Vivo para cada beneficiário dependente nascido a partir de 1º de janeiro de 2010.
9. **CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE** - preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde de cada beneficiário dependente.
10. **POSSUI PLANO ANTERIOR?** - assinalar com um "x" no campo "Sim" ou "Não", de acordo com a situação do beneficiário dependente, no que diz respeito a possuir ou não plano de saúde anterior. Em caso afirmativo, é obrigatório anexar documentação comprobatória.

11. QUANTO TEMPO? - quando o campo nº 10 for assinalado com um "Sim", preencher com o tempo de permanência (em meses ou anos) do beneficiário dependente no plano de saúde anterior.

12. QUAL A OPERADORA? - quando o campo nº 10 for assinalado com um "Sim", preencher com o nome da Operadora com a qual o beneficiário dependente mantinha o plano de saúde anterior.

13. REGISTRO NA ANS - quando o campo nº 10 for assinalado com um "Sim", preencher com o nº de registro na ANS da Operadora com a qual o beneficiário dependente mantinha o plano de saúde anterior.

VI. DADOS DO PLANO CONTRATADO - assinalar com um "x" de acordo com a escolha do beneficiário titular em contratar para si e demais beneficiários inscritos um dos produtos disponíveis. As características dos planos, como (Nome Comercial do Plano, Nº de Registro na ANS, Segmentação Assistencial, Abrangência Geográfica, Coparticipação e Acomodação) devem ser preenchidas de acordo com o contrato vigente entre a empresa Contratante e a Unimed Ferj.

TABELA INDICATIVA DE VALORES DE COPARTICIPAÇÃO - A tabela indicativa de Valores de Coparticipação, deve ser preenchida de acordo com o contrato vigente entre a empresa Contratante e a Unimed Ferj.

VII. TOTAL DOS VALORES CONTRATADOS - R\$

MENSALIDADE - preencher com o valor (R\$) da mensalidade do plano escolhido, para cada beneficiário (titular e dependente, se houver).

OPCIONAIS - preencher com o valor dos Produtos Opcionais para cada beneficiário (titular e dependente, se houver).

TOTAL - preencher com o somatório dos valores do beneficiário titular e seus dependentes (se houver) considerando cada mensalidade (R\$) e os Produtos Complementares - Opcionais.

VIII. FORMA DE COBRANÇA - assinalar com um "x" a forma de cobrança escolhida pelo beneficiário titular (Boleto Bancário, Débito em conta corrente ou outra).

DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA CORRENTE - o beneficiário titular poderá realizar o pagamento das mensalidades através de débito em conta. Para isto, deverá assinalar com "x" no campo "Débito em conta corrente" como forma de cobrança, e informar o nome e número do banco, o número da agência com o dígito (se houver). **VENCIMENTO** - este campo deve ser preenchido com a data de vencimento estipulada pela Empresa Contratante.

OUTRA FORMA DE COBRANÇA - este campo deve ser preenchido quando a empresa Contratante estipular outra forma de cobrança, além do "Boleto Bancário" e "Débito em conta corrente".

IX. DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES GERAIS

O beneficiário titular deverá ler atentamente as Declarações e Autorizações, datar e assinar **obrigatoriamente**.

Comunicação institucional ou operacional - O beneficiário titular deverá optar por autorizar ou não a Unimed Ferj a utilizar os dados fornecidos em contrato para fins de comunicação institucional ou operacional.

DECLARAÇÃO PLANO REFERÊNCIA

O beneficiário titular ou seu representante legal deverá ler atentamente a declaração, datar e assinar **obrigatoriamente**.

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Identificação do Beneficiário - O beneficiário titular (ou seu representante legal, se o beneficiário titular for menor de idade ou incapaz) deverá ler, datar e assinar, assim como o intermediário entre a operadora e o beneficiário.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

O preenchimento da Declaração de Saúde deverá ser feito obrigatoriamente pelo beneficiário titular ou seu representante legal, se o beneficiário titular for menor de idade ou incapaz, que deverá declarar pelo beneficiário titular e por seus dependentes, saber ser(em) ou não, portador(es) ou sofredor(es) de lesão ou doença preexistente à época da contratação.

O preenchimento das perguntas é de caráter obrigatório e não poderá apresentar qualquer tipo de rasura. As respostas ("S" - sim; "N" - não) devem ser fornecidas considerando a situação de cada beneficiário, devidamente identificado na proposta contratual.

Não deixar de declarar qualquer patologia por entender que a mesma não é de importância. Todas as informações são importantes para a análise médica.

Deverão também ser preenchidos os campos de peso e altura do beneficiário titular e beneficiário(s) dependentes(s) eventualmente inscritos.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Nº DO ITEM - preencher com o número de cada pergunta respondida com "S" (sim) na Declaração de Saúde.

TITULAR/DEPENDENTE(S) - assinalar com "x" referente ao beneficiário que teve "S" (sim) no item descrito.

ANO DO EVENTO - preencher com o ano em que ocorreu o evento correspondente ao item descrito.

CAMPO PARA DESCRIÇÃO DO EVENTO - preencher detalhadamente com informações referentes ao evento, tais como: datas, tratamentos realizados, situação atual etc.

A Unimed Ferj poderá, a seu critério, solicitar informações adicionais e/ou realizar entrevista pessoal complementar com o objetivo de esclarecer as dúvidas originadas no processo de preenchimento da Declaração de Saúde.

DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Se o beneficiário titular optar pelo auxílio de um médico para prestar orientações para o preenchimento da Declaração de Saúde, o mesmo deverá assinar e carimbar.

ATESTADO DE SAÚDE

O beneficiário titular, ou seu representante legal, deverá atestar que as informações prestadas na Declaração de Saúde, são verdadeiras e idôneas. Para tanto, o ATESTADO DE SAÚDE deve ser datado e assinado pelo beneficiário titular, como também deverá ser assinado pelo corretor.

PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

I. PROPOSTA DE ADESÃO À PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

1. NOME DO BENEFICIÁRIO - preencher com o nome completo do beneficiário. **Não abreviar nenhum nome.**

II. PLANO DE ORIGEM

1. NOME DA OPERADORA - preencher com o nome da Operadora de origem do beneficiário.
2. REGISTRO DA OPERADORA NA ANS - preencher com o número de registro da Operadora de Origem na ANS.
3. NOME DO PLANO - preencher com o nome comercial do plano de origem do beneficiário.
4. REGISTRO DO PLANO NA ANS - preencher com o número de registro do plano de origem do beneficiário na ANS.
5. SEGMENTAÇÃO DO PLANO - preencher com o tipo de segmentação do plano de origem do beneficiário.
6. DATA DE INCLUSÃO - preencher com a data de inclusão do beneficiário na operadora de origem, no formato DD/MM/AAAA.
7. ÚLTIMO PAGAMENTO - preencher com a data referente ao último pagamento realizado na Operadora de origem, no formato DD/MM/AAAA.
8. EXERCEU A PORTABILIDADE? - Informar se o beneficiário já exerceu a portabilidade assinalando com um "x" no campo "Sim" ou "Não".
9. CUMPRIU OU ESTÁ CUMPRINDO CPT? - Informar se o beneficiário cumpriu ou está cumprindo CPT, assinalando com um "x" no campo "Sim" ou "Não".

III. PLANO DE DESTINO

1. NOME DA OPERADORA - Campo já preenchido como "Unimed Ferj".
2. REGISTRO DA OPERADORA NA ANS - campo já preenchido com o número de registro da Unimed Ferj na ANS "31236-3".
3. NOME DO PLANO - preencher com o nome comercial do plano na operadora de destino (Unimed Ferj).
4. REGISTRO DO PLANO NA ANS - preencher com o número de registro do plano de destino na ANS.

IV. PRINCIPAIS DOCUMENTOS APRESENTADOS - assinalar com um "x" quais os documentos apresentados pelo beneficiário para o exercício da portabilidade de carências na Unimed Ferj.

V. QUESTIONAMENTOS COMPLEMENTARES

1. ESTÁ INTERNADO? - assinalar com um "x" no campo "Sim" ou "Não" indicando se o beneficiário está internado.
2. CASO AFIRMATIVO, INFORMAR EM QUAL HOSPITAL - quando o campo nº 1 for assinalado com um "Sim", preencher com o nome do hospital em que o beneficiário está internado.
3. HÁ PREVISÃO PARA INTERNAÇÃO? - assinalar com um "x" no campo "Sim" ou "Não" indicando se há previsão para internação do beneficiário.
4. CASO AFIRMATIVO, INFORMAR EM QUAL HOSPITAL - quando o campo nº 3 for assinalado com um "Sim", preencher com o nome do hospital em que o beneficiário será internado.

VI. DECLARO ESTAR CIENTE DE QUE:

O beneficiário deverá ler atentamente as Declarações, datar e assinar **obrigatoriamente.**

O item 5 deve ser preenchido com a data de início de vigência do contrato referente ao exercício da Portabilidade de Carências pelo beneficiário.

CAMPOS DE ASSINATURAS

Os campos devem ser assinados pelo beneficiário titular ou por seu representante legal, se o titular for menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz.

TODAS AS PÁGINAS QUE NÃO CONTENHAM ESPAÇO PARA ASSINATURA DEVEM SER RUBRICADAS PELO BENEFICIÁRIO TITULAR.

I. DADOS DA EQUIPE DE VENDAS

1. Nome da Corretora

2. Cód. da Corretora

3. Nome Corretor(a)

CPF Corretor(a)

5. Cód. Corretor(a)

6. Carimbo da
Corretora**II. DADOS CADASTRAIS DA CONTRATANTE**

4. Nome da Empresa Contratante

S I A S - S O C I E D A D E I B G E A N A D E A S S I S T E N C I A E S E G U R I D A D E

1. Nome do conselho profissional, entidade de classe, sindicato, associação profissional, cooperativa, etc
(preenchimento necessário quando esta não for a empresa contratante)

2. CNPJ

3 3 9 3 7 5 4 1 / 0 0 0 1 - 0 8

4. Início de vigência do contrato

III. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. Nome do Beneficiário Titular

2. Data de Nasc.

3. Sexo

4. CPF do Titular

5. Declaração de Nascido Vivo

6. Cartão Nacional de Saúde

7. Nome da Mãe do Beneficiário Titular

8. Est. Civil

9. Número de Identidade

10. Orgão Expedidor

11. E-mail do beneficiário titular

12. Nome contratante (se o beneficiário titular for menor de idade ou incapaz)

13. Data de Nasc.

14. Sexo

15. CPF Contratante

16. Grau de Parentesco

17. Possui Plano Anterior?

 Não Sim (anexar doc. comprobatória)

18. Qto. Tempo?

19. Qual Operadora?

20. Registro na ANS

IV. ENDEREÇO DO TITULAR

1. Endereço Residencial (Rua., Av., Tv., Pç.)

2. Número

3. Complemento

4. Bairro

5. CEP

6. Município

7. UF

8. DDD | Telefone

9. DDD | Celular

Rubrica

IV. ENDEREÇO DO TITULAR (continuação)

10. Endereço para Correspondência (Rua., Av., Tv., Pç.)

11. Número

12. Complemento

13. Bairro

14. CEP

15. Município

16. UF

V. DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

1. Nome do 1º Beneficiário Dependente

1

2. Data de Nascimento

3. Sexo

4. Est. Civil

5. CPF

6. Grau de Parentesco

7. Nome da Mãe do Beneficiário Dependente

8. Declaração de Nascido Vivo

9. Cartão Nacional de Saúde

10. Possui Plano Anterior?

 Não Sim (anexar doc. comprobatória)

11. Qto. Tempo?

12. Qual Operadora?

13. Registro na ANS

1. Nome do 2º Beneficiário Dependente

2

2. Data de Nascimento

3. Sexo

4. Est. Civil

5. CPF

6. Grau de Parentesco

7. Nome da Mãe do Beneficiário Dependente

8. Declaração de Nascido Vivo

9. Cartão Nacional de Saúde

10. Possui Plano Anterior?

 Não Sim (anexar doc. comprobatória)

11. Qto. Tempo?

12. Qual Operadora?

13. Registro na ANS

1. Nome do 3º Beneficiário Dependente

3

2. Data de Nascimento

3. Sexo

4. Est. Civil

5. CPF

6. Grau de Parentesco

7. Nome da Mãe do Beneficiário Dependente

8. Declaração de Nascido Vivo

9. Cartão Nacional de Saúde

10. Possui Plano Anterior?

 Não Sim (anexar doc. comprobatória)

11. Qto. Tempo?

12. Qual Operadora?

13. Registro na ANS

Rubrica

V. DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES (continuação)

1. Nome do 4º Beneficiário Dependente

4

2. Data de Nascimento 3. Sexo 4. Est. Civil 5. CPF 6. Grau de Parentesco

7. Nome da Mãe do Beneficiário Dependente

8. Declaração de Nascido Vivo 9. Cartão Nacional de Saúde

10. Possui Plano Anterior? 11. Qto. Tempo? 12. Qual Operadora? 13. Registro na ANS

 Não Sim (anexar doc. comprobatória)

1. Nome do 5º Beneficiário Dependente

5

2. Data de Nascimento 3. Sexo 4. Est. Civil 5. CPF 6. Grau de Parentesco

7. Nome da Mãe do Beneficiário Dependente

8. Declaração de Nascido Vivo 9. Cartão Nacional de Saúde

10. Possui Plano Anterior? 11. Qto. Tempo? 12. Qual Operadora? 13. Registro na ANS

 Não Sim (anexar doc. comprobatória)

Rubrica

VI. DADOS DO PLANO CONTRATADO

Selecione seu Plano	Nome Comercial do Plano	Nº de Registro na ANS	Segmentação Assistencial	Abrangência Geográfica	Coparticipação	Acomodação
<input type="checkbox"/>	ALFA	436.123/01-7	AMBULATORIAL + HOSPITAL E OBSTETRÍCIA	NACIONAL	SIM	QUARTO COLETIVO
<input type="checkbox"/>	BETA	436.124/01-5	AMBULATORIAL + HOSPITAL E OBSTETRÍCIA	NACIONAL	SIM	QUARTO INDIVIDUAL
<input type="checkbox"/>	DELTA	436.125/01-3	AMBULATORIAL + HOSPITAL E OBSTETRÍCIA	NACIONAL	SIM	QUARTO INDIVIDUAL
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						

TABELA INDICATIVA DE VALORES DE COPARTICIPAÇÃO

Em caso de coparticipação a cobrança dar-se-á por evento, mediante o pagamento dos valores descritos na tabela a seguir:

Evento	Valor (R\$) ou Percentual (%)
CONSULTA	30%
EXAME	50%

Em caso de cobrança de coparticipação em percentual, o Valor Limite por Exame (VLE) será de: R\$ 136,28 e o Valor Limite por Consulta (VLC) será de: SEM LIMITE .

Internações Psiquiátricas:

- 1 - Haverá coparticipação quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica contínuos ou não, a cada 12 meses.
- 2 - A coparticipação será aplicada no percentual de 50% (cinquenta por cento), ou o percentual máximo definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, sobre as despesas médico-hospitalares relativas à internação psiquiátrica.

Rubrica

VII - TOTAL DOS VALORES CONTRATADOS - R\$

Valores	Titular	Dependentes					Subtotal
		1º	2º	3º	4º	5º	
Mensalidade							
Taxa de implantação por família	VALOR ÚNICO POR CONTRATO						R\$ 80,00
Opcionais							
Total	Mensalidade + Produtos Opcionais eventualmente contratados.						

VIII - FORMA DE COBRANÇA Boleto Bancário Débito em conta corrente Outra**DADOS DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA CORRENTE**

1. Nome do Banco 2. Nº Banco 3. Nº Agência/Dígito 4. Nº Conta Corrente/Dígito

VENCIMENTO TODO DIA 05 DE CADA MÊS POSTERIOR AO INÍCIO DE VIGÊNCIA – PÓS-PAGO.**OUTRA FORMA DE COBRANÇA**
Rubrica

IX. DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES GERAIS**Em virtude da contratação, declaro que:**

1. Recebi informações completas e suficientes para a perfeita compreensão do(s) produto(s) 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. Comprovei no ato da contratação, residência em um dos municípios que fazem parte da região de comercialização da Unimed Ferj (estado do Rio de Janeiro), por meio de documentação própria para este fim. Em caso de residência fora do estado mencionado, poderei contratar por outra operadora integrante do Sistema Unimed;
4. Recebi as Condições Gerais e Instrumento desenvolvido pela Administradora, bem como valores detalhados de eventuais Produtos Opcionais eventualmente contratados;
5. Estou ciente que é facultado ao(a) corretor(a) angariador(a) a cobrança da taxa de angariação pelos serviços de corretagem prestados durante o processo de contratação do plano, e que este valor não se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento da primeira mensalidade.
6. Estou ciente que eventuais condições promocionais de carências serão estabelecidas no anexo desta proposta, e que o meu enquadramento em uma das condições dependerá da apresentação de documentação comprobatória, sob pena de cumprimento integral dos períodos de carências estabelecidos nas Condições Gerais e Instrumento desenvolvido pela Administradora.
7. Recebi informações completas e suficientes em relação às condições de elegibilidade, aplicação de reajuste, vigência contratual, inadimplência, mecanismos financeiros de regulação, taxa de angariação e políticas de LGPD.
8. que tenho ciência e concordo com as condições gerais do contrato relativas à cobrança de coparticipação, inclusive nas hipóteses de terapias conforme definição expressa na proposta comercial ("Terapias Simples/Convencionais" e "Terapias Intensivas ou Multidisciplinares").
9. 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
10. Autorizo a Unimed Ferj a entrar em contato por meio dos dados fornecidos nesta Proposta, para fins de comunicação institucional ou operacional.

Sim Não

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário Titular

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 Unimed Ferj com a denominação de Unimed RJ Estilo Adesão Referência, registrado na ANS sob o número 494.204/22-3, que assegura assistência ambulatorial e assistência hospitalar com obstetrícia e acomodação em quarto coletivo (enfermaria). Entretanto, optei pela contratação do plano selecionado na página 4/6 da Proposta Contratual.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário Titular

TERMO DE CIÊNCIA DE REAJUSTE ANUAL

Por intermédio do presente instrumento, _____, portador(a) do documento de identidade nº _____ e inscrito(a) no CPF sob o nº _____,

DECLARO para os devidos fins que no ato da adesão ao plano de assistência médica Unimed-Ferj estipulado pela MAPMA Administradora de Benefícios e **ADERIDO PELA** Sociedade Ibegeana de Assistência e Seguridade – SIAS, fui **INFORMADO(A)** e **CONCORDO** que o mesmo consiste em plano coletivo por adesão, o qual, além dos reajustes por faixas etárias, está sujeito à incidência de reajustes anuais quanto ao valor da mensalidade, os quais poderão ocorrer em virtude da aplicação de fatores financeiros (correção pelo Índice de Variação do Custo Médico Hospitalar – VCMH) e/ou em decorrência dos índices de sinistralidade do plano (reajuste técnico), na forma da Resolução Normativa ANS nº565/2022.

DECLARO, ainda, estar ciente que por se tratar de plano coletivo por adesão não incidem quanto ao referido contrato as normas atinentes ao reajuste dos planos de saúde individuais, os quais possuem regramento próprio imposto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

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.

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: _____

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	4º	5º

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 sequela, dano ou deficiência decorrente de doença que saiba ser portador?					
18	Possui deficiência psicomotora, de órgão ou membro?					
19	Possui alguma doença/deforridade 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?					

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

UNIDADE DE MEDIDA	TITULAR	DEPENDENTES				
		1º	2º	3º	4º	5º
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 x 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

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	DEPENDENTES						
		1º	2º	3º	4º	5º		
	<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"/>	<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 indicado pela Ferj 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 assuma 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.

3. Estou ciente que a Unimed Ferj se compromete a tratar os dados pessoais presentes na Declaração de Saúde em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018). Nos casos em que for necessário coletar o consentimento do Titular dos dados ou de seu responsável legal, a coleta do consentimento se fará através de Termo de Consentimento apartado.

_____, _____ 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 Ferj, nesses casos, o direito de adotar as medidas legais pertinentes.

Declaro, ainda, estar ciente que a Unimed Ferj 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 da operadora UNIMED FERJ 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 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 por inadimplência, os dados pessoais do Titular serão compartilhados com o órgão de proteção ao crédito SERASA , com empresa prestadora de serviço de cobrança e também no cartório de protesto.

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)

Pelo presente, declaro expressamente que, após ter recebido, lido e compreendido o Manual De Orientação Para Contratação Do Plano 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 UNIMED DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO FEDERACAO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS, (a "Operadora") e destinado à população que mantenha vínculo com a SIAS SOCIEDADE IBGEANA DE ASSISTÊNCIA E SEGURIDADE (minha "Entidade").

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 fundamentada.

3- Somente serão aceitos como dependentes o meu cônjuge ou meu (minha) companheiro(a), o(a) meu(minha) filho(a), o(a) meu(minha) enteado(a), menores sob guarda por força judicial, tutelados e curatelados todos equiparados a filho(a), genro, nora, neto(a), bisneto(a) e sobrinho(a).

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 04 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, podendo ser renovado, automaticamente no mês de setembro, 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,

 Rubrica

com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

8 - 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.

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.

10 - 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, conforme explicado no Manual do Beneficiário.

11 - 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 explicada no 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 as condições e informações da Proposta de Adesão à Portabilidade de Carência da operadora Unimed Rio.

12 - 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", da Proposta da Operadora, a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistentes, aplicando-se, 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), conforme Carta de Orientação ao Beneficiário e informações constantes na Proposta da Operadora.

13 - 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 explicadas no Manual do Beneficiário.

Rubrica

14 - As características do benefício relativas a (I) Segmentação Assistencial; (II) Padrão de Acomodação em Internação e; (III) Abrangência geográfica estão definidas na pagina 07 desta Proposta e, assim como a área de atuação.

15 - Os valores pactuados regem-se pelo regime de pós pagamento mensal e a data do vencimento será sempre o dia 05 do mês seguinte ao mês da cobertura cobrada, sendo certo que a pagamento da mensalidade é devido pela integralidade do tempo de vigência do contrato, independente de utilização.

16 - Em que pese as múltiplas opções de forma de pagamento expostas na Proposta da Operadora, estou ciente que, em razão do Contrato entre a minha Entidade, a Administradora e a Operadora, a única forma de cobrança aceita é BOLETO BANCÁRIO e no primeiro vencimento que irá ocorrer no dia 05 do mês posterior ao início de minha cobertura, será apresentada a taxa de cadastramento e implantação no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) devendo ser integralmente paga junto à primeira cobrança do benefício pelo proponente titular.

17 - A falta de pagamento na data de seu vencimento acarretará multa compensatória de 2% (dez por cento) sobre o referido valor mensal do benefício e acréscimo de juros de 1% (um 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 quitação do(s) valor(es) pendente(s) acrescido(s) dos encargos supracitados, observada a possibilidade de cancelamento, conforme disposto no item 21 desta proposta.

18 - Estou ciente que os Boletos Bancários de cobranças serão encaminhados pela Administradora para o endereço fornecido na Proposta responsabilizando-me pela atualização dos dados sempre que necessário. Além disso, declaro ter conhecimento que eventual não recebimento do boleto bancário de cobrança deve ser oportuna e tempestivamente informado à Administradora e ainda, que a segunda via pode ser emitida diretamente pelo site eletrônico da Administradora, qual seja, <http://mapma.com.br/beneficios/>, razão pela qual o mero não recebimento não exime da responsabilidade de pagamento, tampouco Justifica eventual.

19 - 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.

Rubrica

20 - Devo solicitar e informar expressamente 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.

21 - benefício poderá ser cancelado: (I) por solicitação expressa minha, como beneficiário titular, SIAS, à Administradora de Benefícios ou à Operadora de planos, observando o disposto na Resolução Normativa 561 da ANS ou qualquer outra que venha tratar sobre o tema; (II) por fraude comprovada; (III) pelo não pagamento da mensalidade por mais de 60 (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.

22 - Os dias de atraso 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, nas termos do art. 13., da Lei 9.656/98, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

23 - 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 (SPC/SERASA) e também no cartório de protesto.

24 - No caso de cancelamento do benefício, devolver imediatamente à Administradora de Benefícios o(s) cartão(es) 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.

25 - 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.

26 - 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 (II) cumprimento de navos prazos de carência, independentemente do período anterior em que permaneci no contrato coletivo.

Rubrica

27 - Devo encaminhar prontamente à Administradora de Benefícios e/ou à Operadora quando qualquer uma delas solicitar, documentos complementares comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas.

28 – Poderei desistir desta Proposta, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito à Administradora de Benefício, por correspondência e-mail administradora20@mapma.com.br, 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, bem como do valor mensal do benefício, caso esse prazo não seja observado.

29 - 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 4 e 5 da Proposta Contratual da Operadora, ao benefício.

Declaro que recebi uma cópia de toda a documentação relacionada às Propostas de Contratação do meu benefício, quais sejam: Contrato de Plano de Plano de Assistência à saúde Coletivo por Adesão, Proposta Contratual e Manual do Beneficiário.

Declaro, também, 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.

Autorizo, por fim, a Administradora a entrar em contato por meio dos dados fornecidos nas Propostas, inclusive endereço eletrônico (e-mail), se houver, para fins de comunicação institucional e operacional. () Sim () Não.

Local e data

Assinatura do proponente titular (passível de reconhecimento em cartório)

Nome completo do angariador

CPF do angariador

EM CASO DE DÚVIDA, LIGUE PARA :
CENTRAL DE ATENDIMENTO MAPMA
(21) 2216-4800 - opção 3

Uso exclusivo da Correlora

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente de trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerará-se a data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-640
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9608
www.ans.gov.br
suvidoria@ans.gov.br



Administradora: Mapma Administradora de Benefícios Ltda.
CNPJ: 11.055.313/0001-63
Nº de registro na ANS: 41756-4
Site: <http://www.mapma.com.br>
Tel.: (21) 2216-4800

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	<p>Coletivo Empresarial</p> <p>Com 30 participantes ou mais</p> <p>Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.</p> <p>Com menos de 30 participantes</p> <p>É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.</p> <p>Coletivo por Adesão</p> <p>Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingressa no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.</p>

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	<p>Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, pericia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências.</p> <p>A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.</p>	<p>Coletivo Empresarial</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="1108 71 1489 199">Com 30 participantes ou mais</td> <td data-bbox="1489 71 2206 199">Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1108 199 1489 255">Com menos de 30 participantes</td> <td data-bbox="1489 199 2206 255">É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.</td> </tr> </table> <p>Coletivo por Adesão</p> <p>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.</p>	Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.	Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.
Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.					
Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.					
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	<p>É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira; (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de pericia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.</p>					
REAJUSTE	<p>Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa.</p> <p>A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.</p>	<p>Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS.</p> <p>O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário no plano.</p> <p>Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.</p> <p>A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.</p>				
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	<p>Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.</p>					
VIGÊNCIA	<p>A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.</p>	<p>A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e sem renovação automática.</p>				
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	<p>Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude, e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 59º dia de inadimplência.</p>	<p>Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato.</p> <p>A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.</p> <p>Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.</p>				

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congêneres, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste

plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/ órgão público, com a qual mantém vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.