



ADESÃO JURÍDICA

Unimed Teresina

Unimed 

Documentação obrigatória para inclusão de beneficiário

- **Carta de orientação ao beneficiário** - uma carta por beneficiário incluso no contrato. Em caso de menor de idade, quem assina é o titular.
- **Proposta de adesão devidamente preenchida** - com os dados da empresa, dados e assinatura do titular com carimbo e assinatura do representante da empresa nos locais indicados, sem rasuras.
- **Declaração de saúde** - preenchida e assinada no verso e sem rasuras.
- **RG** - cópia legível.
- **CPF** - cópia legível.
- **Comprovante de residência** - cópia legível.
- **Comprovante de vínculo empregatício** - contracheque ou comprovante de vínculo de classe profissional. Em caso de dependentes, apresentar comprovante de vínculo como certidão de nascimento, certidão de casamento ou de união estável.
- **Cartão Nacional do SUS** - para cada beneficiário.

Carência zero

- Para grupo contendo a partir de 30 vidas, na data adesão;
- Recém-nascidos, dentro dos 30 dias de vida, com documentação comprobatória;
- Recém-casados, dentro do prazo de 30 dias, com documentação comprobatória;
- Recém-admitidos dentro dos 30 dias de contratação.

Obs.: Nos contratos com menos de 30 vidas, os beneficiários serão incluídos com carência normal, conforme contrato firmado.

Modelo de preenchimento da Carta de Orientação da ANS - Parte 1



ANEXO 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.

operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA**

Modelo de preenchimento da Carta de Orientação da ANS - Parte 2

(CPT), podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.

- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

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

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

Local: _____, ___/___/___

Nome: **NOME DO BENEFICIÁRIO**

Assinatura: **ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO, SE MAIOR DE IDADE. SE MENOR DE IDADE, O TITULAR ASSINA**

Local: _____, ___/___/___

Nome: _____

Assinatura: **CARIMBO E ASSINATURA DA EMPRESA**

Unimed 

Modelo de preenchimento da Proposta de ADESÃO PJ

Carimbo do CNPJ

Assinatura do titular

Unimed Teresina

PROPOSTA DE ADESÃO PJ

CNPJ da empresa

DADOS PESSOAIS DO TITULAR

Nome do Titular						Data de Nascimento
Sexo (M/F)	Estado Civil	Escolaridade	CPF	RG	Org. Emissor	
Profissão	Data contratação	Cod. Beneficário	Plano	Data vencimento	Valor Titular (R\$)	
INSS/PIS/PASEP	CMS	Nome da mãe				
Assinatura do Titular						

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA DO TITULAR

Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc) e complementação (nº andar, sala, apto, etc)

Cidade	UF	CEP	Fone	E-mail
--------	----	-----	------	--------

DADOS DOS DEPENDENTES

Tipo de Vínculo: 1-Benef. Titular, 2-Cônjuge/companheiro(a), 3-Filho(a), 4-Estado(a), 5-Pai/Mãe, 6-Agregado, 7-Outros, 8-Titular Menor CPF Responsável.

Estado Civil: 1-Solteiro, 2-Casado, 3-Divorciado, 4-Desejado, 5-Viúvo, 6-Outros

Código Plano	COLETIVO EMPRESARIAL	COLETIVO POR ADESÃO
01	40010406 - UNIMED ESPECIAL AMBULATORIAL - HOSPITALAR	01 40000001 - UNIMED ESPECIAL AMBULATORIAL - EMPLACATÓRIA
02	40010407 - UNIMED EMPRES. ESPECIAL AMB. + HOSP. CL. OBSTETRICAL	02 40000002 - UNIMED EMPRES. ESPECIAL AMB. + HOSP. CL. OBSTETRICAL
03	40010408 - UNIMED EMPRES. ESPECIAL AMB. + HOSP. CL. OBST. AMB. + HOSP. CL. OBST.	03 40000003 - UNIMED EMPRES. ESPECIAL AMB. + HOSP. CL. OBSTETRICAL
04	40010409 - UNIMED EMPRES. ESPECIAL AMB. + HOSP. CL. OBST. AMB. + HOSP. CL. OBST.	04 40000004 - UNIMED EMPRES. ESPECIAL AMB. + HOSP. CL. OBSTETRICAL
05	40010410 - UNIMED EMPRES. ESPECIAL AMB. + HOSP. CL. OBST. AMB. + HOSP. CL. OBST.	05 40000005 - UNIMED EMPRES. ESPECIAL AMB. + HOSP. CL. OBSTETRICAL
06	40010411 - UNIMED EMPRES. ESPECIAL AMB. + HOSP. CL. OBST. AMB. + HOSP. CL. OBST.	06 40000006 - UNIMED EMPRES. ESPECIAL AMB. + HOSP. CL. OBSTETRICAL
07	40010412 - UNIMED EMPRES. ESPECIAL AMB. + HOSP. CL. OBST. AMB. + HOSP. CL. OBST.	07 40000007 - UNIMED EMPRES. ESPECIAL AMB. + HOSP. CL. OBSTETRICAL
08	40010413 - UNIMED EMPRES. ESPECIAL AMB. + HOSP. CL. OBST. AMB. + HOSP. CL. OBST.	08 40000008 - UNIMED EMPRES. ESPECIAL AMB. + HOSP. CL. OBSTETRICAL
09	40010414 - UNIMED EMPRES. ESPECIAL AMB. + HOSP. CL. OBST. AMB. + HOSP. CL. OBST.	09 40000009 - UNIMED EMPRES. ESPECIAL AMB. + HOSP. CL. OBSTETRICAL
10	40010415 - UNIMED EMPRES. ESPECIAL AMB. + HOSP. CL. OBST. AMB. + HOSP. CL. OBST.	10 40000010 - UNIMED EMPRES. ESPECIAL AMB. + HOSP. CL. OBSTETRICAL

Dependente 01	Vínculo	Sexo	EC	DI Nasc.
CPF	RG	CE	País	Cod. Pessoa
Nome da mãe	Código Plano	Valor		

Dependente 02	Vínculo	Sexo	EC	DI Nasc.
CPF	RG	CE	País	Cod. Pessoa
Nome da mãe	Código Plano	Valor		

Dependente 03	Vínculo	Sexo	EC	DI Nasc.
CPF	RG	CE	País	Cod. Pessoa
Nome da mãe	Código Plano	Valor		

Dependente 04	Vínculo	Sexo	EC	DI Nasc.
CPF	RG	CE	País	Cod. Pessoa
Nome da mãe	Código Plano	Valor		

Para uso da UNIMED TERESINA

Teresina-PI, _____/_____/_____

DECLARAÇÃO
DECLARAMOS para todos os fins de direito e sob as penas da lei que os usuários relacionados nesta proposta, fazem parte desta instituição _____ fato que certifiquei pessoalmente, e atesto sob pena de incorrer na prática de crime de falsidade ideológica.

CARIMBO E ASSINATURA DA EMPRESA

Presidente/Diretor

Unimed

Modelo de preenchimento da Declaração de saúde



DECLARAÇÃO DE SAÚDE Referente a proposta de adesão

ANS - nº 353353

Esta declaração é parte integrante do contrato que por se assina, válido para todos os usuários indicados na PROPOSTA DE ADEÇÃO. Estou ciente da minha obrigação de informar, nesta oportunidade, em meu nome e dos meus dependentes, se portador ou não de lesões ou doenças preexistentes, sob pena de imputação de fraude. Declaro que a UNIMED colocou a minha disposição profissionais médicos para orientação quanto ao preenchimento desta declaração.

1. DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Item	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para as respostas afirmativas e (N) para negativas	Titular	Dependentes												
			1	2	3	4	5	6	7	8					
1	Sofre(s) de alguma doença infecciosa contagiosa (AIDS, hepatite, Chagas, tuberculose, meningite, outras)? Especifique.														
2	Sofre(s) de doenças respiratórias (asma, bronquite, pneumonia, outras)? Especifique.														
3	Sofre(s) de problemas ortopédicos (escoriosa, cifose, artrose, fraturas, hérnia de disco) ou outro distúrbio ósseo de membros? Especifique.														
4	Sofre(s) de doenças neurológicas (derrame cerebral ou outro)? Especifique.														
5	Sofre(s) de diabetes?														
6	Sofre(s) de câncer (tumorção ou leucemia)? Especifique.														
7	Sofre(s) de hemóide de qualquer natureza? Especifique.														
8	Sofre(s) de doença cardíaca, vascular ou hipertensão arterial. Especifique.														
9	Sofre(s) de alguma doença do aparelho urinário (rina, bexiga, próstata, uretra)? Especifique.														
10	Sofre(s) de algum distúrbio psicológico, psicológico ou retardado intelectual? Especifique.														
11	Sofre(s) de doenças ginecológicas (cisto de ovário, endometriose, mioma, hiperplasia endometrial, tumor de mama)? Especifique.														
12	Sofre(s) de alguma doença reumatóide (reumatismo, artrite, outras)? Especifique.														
13	Sofre(s) de seqüela de acidente, anormalidade adquirida ou congênita? Especifique.														
14	Sofre(s) de doença ou outras doenças do aparelho digestivo (fígado, vesícula biliar, intestinos etc)? Especifique.														
15	Tem indicação de submeter-se a alguma intervenção cirúrgica? Especifique.														
16	Tem qualquer deficiência visual (catarata, glaucoma, miopia, outros) ou auditiva? Especifique.														
17	Faz (faz) uso de tratamento diferenciado: quimioterapia, corticoidoterapia, radioterapia, fisioterapia, insulino terapia ou hemodálise?														

2. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

18	Sofre(s) alguma doença não relacionada acima que a tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de exame ou tratamento? Especifique.														
19	Faz uso habitual de algum medicamento? Especifique.														
20	Faz (faz) uso de marca-passos ou prótese cardíaca/ortopédica?														
21	É portador de prótese em próstata, mama gigante ou alguma deformidade física? Especifique.														
22	Sofre(s) de alguma doença não relacionada acima? Especifique.														

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos, especificar o item, prognóstico, motivo e data do evento

ITEM	PROBLEMA	DATA DO EVENTO	ESPECIFICAÇÕES

Declaro para os devidos fins e efeitos que as informações de saúde relativas a mim e a meus dependentes foram espontaneamente feitas, estando ciente de que nos termos da Lei nº 9656/98 omissão de fatos ou informações que possam influir no correto enquadramento das condições/agnosias poderá ser considerada comportamento fraudulento, implicando na minha responsabilidade pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica-hospitalar e finalizada previstas na lei. Com base nas respostas afirmativas de presente declaração de saúde, caracterizando assim lesão ou doença preexistente, ficam estabelecidas as coberturas parciais temporárias ou agravos estabelecidos na Proposta de Adesão.

DATA DA DECLARAÇÃO

Assinatura do titular

X

ASSINATURA DO TITULAR
(Ou responsável em caso o titular seja menor de 18 anos)

Preenchimento do questionário com (S) ou (N)

Unimed

A UNIMED TERESINA AGRADECE A PREFERÊNCIA

Unimed 