

I. TIPO DE SOLICITAÇÃO (CAMPOS OBRIGATÓRIOS) Para cada solicitação marcar a opção correspondente da planilha.

- Inclusão de Família
 Alteração de Dados Cadastrais
 Inclusão de Dependente(s)
 Transferência de Plano
 Inclusão de Produto Opcional e/ou Cobertura Odontológica
 Transferência de Código para:

II. DADOS DA EMPRESA

1. Nome da Empresa Contratante
2. Nome da Empresa Interviente

III. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. Código do Beneficiário Titular
2. Nome do Beneficiário Titular
3. Lotação 4. Local de Atendimento 5. Sexo 6. Est. Civil 7. CPF do Titular
8. Número de Identidade 9. Órgão Expedidor 10. Cartão Nacional de Saúde 11. Data de Nascimento
12. Nome da Mãe do Titular
13. Nome do Pai do Titular
14. Endereço Residencial (Rua, Av., Tv., Pç.) 15. Nº
16. Complemento 17. Bairro
18. CEP 19. Cidade 20. UF 21. DDD Telefone
22. DDD Celular 23. Email

Informações para preenchimento: SEXO - preencher com (M), se for do sexo masculino ou (F), se for do sexo feminino. EST. CIVIL - preencher com o estado civil, conforme apresentado: * Casado - preencher com (C) * Solteiro - preencher com (S) * Divorciado - preencher com (D) * Separado Judicialmente/Desquitado - preencher com (J) * Viúvo - preencher com (V).

IV. TIPO DE PLANO E PRODUTOS OPCIONAIS

1. Plano*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Personal QC | <input type="checkbox"/> Personal Hospitalar QC |
| <input type="checkbox"/> Personal QP | <input type="checkbox"/> Personal Hospitalar QP |
| <input type="checkbox"/> Alfa | <input type="checkbox"/> Alfa Hospitalar |
| <input type="checkbox"/> Beta | <input type="checkbox"/> Beta Hospitalar |
| <input type="checkbox"/> Delta | <input type="checkbox"/> Delta Hospitalar |
| <input type="checkbox"/> Ômega | <input type="checkbox"/> Ômega Hospitalar |
| <input type="checkbox"/> Unipart Personal QC | <input type="checkbox"/> Unipart Beta |
| <input type="checkbox"/> Unipart Personal QP | <input type="checkbox"/> Unipart Delta |
| <input type="checkbox"/> Unipart Alfa | <input type="checkbox"/> Unipart Ômega |

2. Produtos Opcionais

- Transporte Aeromédico - TA
 SOS Unimed - SU
 SOS Viagem - SV
 Unimed Viagem - UV

3. Cobertura Odontológica (Unimed Dental)

- Sim Não
 Unimed Dental 2
 Sim Não
 Unimed Dental Total
 Sim Não

% Coparticipação (Somente para planos Unipart)

*Planos Hospitalares e Unipart disponíveis somente para Empresas que possuem estes planos comercializados em contrato.

Rubrica

I. TIPO DE SOLICITAÇÃO (CAMPOS OBRIGATÓRIOS) Para cada solicitação marcar a opção correspondente da planilha.

- Inclusão de Família Alteração de Dados Cadastrais Inclusão de Dependente(s)
 Transferência de Plano Inclusão de Produto Opcional e/ou Cobertura Odontológica Transferência de Código para:

II. DADOS DA EMPRESA

1. Nome da Empresa Contratante

2. Nome da Empresa Interveniante

III. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. Código do Beneficiário Titular

2. Nome do Beneficiário Titular

3. Lotação

4. Local de Atendimento

5. Sexo

6. Est. Civil

7. CPF do Titular

8. Número de Identidade

9. Órgão Expedidor

10. Cartão Nacional de Saúde

11. Data de Nascimento

12. Nome da Mãe do Titular

13. Nome do Pai do Titular

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

15. Nº

16. Complemento

17. Bairro

18. CEP

19. Cidade

20. UF

21. DDD Telefone

22. DDD Celular

23. Email

Informações para preenchimento: SEXO - preencher com (M), se for do sexo masculino ou (F), se for do sexo feminino. EST. CIVIL - preencher com o estado civil, conforme apresentado: * Casado - preencher com (C) * Solteiro - preencher com (S) * Divorciado - preencher com (D) * Separado Judicialmente/Desquitado - preencher com (J) * Viúvo - preencher com (V).

IV. TIPO DE PLANO E PRODUTOS OPCIONAIS

1. Plano*

- Personal QC Personal Hospitalar QC
 Personal QP Personal Hospitalar QP
 Alfa Alfa Hospitalar
 Beta Beta Hospitalar
 Delta Delta Hospitalar
 Ômega Ômega Hospitalar
 Unipart Personal QC Unipart Beta
 Unipart Personal QP Unipart Delta
 Unipart Alfa Unipart Ômega

% Coparticipação (Somente para planos Unipart)

*Planos Hospitalares e Unipart disponíveis somente para Empresas que possuem estes planos comercializados em contrato.

2. Produtos Opcionais

- Transporte Aeromédico - TA
 SOS Unimed - SU
 SOS Viagem - SV
 Unimed Viagem - UV

3. Cobertura Odontológica (Unimed Dental)

Sim Não

Unimed Dental 2

Sim Não

Unimed Dental Total

Sim Não

Rubrica

V. DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

1

1. GP 2. Nome do 1º Beneficiário Dependente

3. Sexo 4. Est. Civil 5. Data de Nascimento 6. Local de Atendimento 7. CPF

8. Nome da Mãe do Beneficiário Dependente

9. Declaração de Nascido Vivo 10. Cartão Nacional de Saúde

2

1. GP 2. Nome do 2º Beneficiário Dependente

3. Sexo 4. Est. Civil 5. Data de Nascimento 6. Local de Atendimento 7. CPF

8. Nome da Mãe do Beneficiário Dependente

9. Declaração de Nascido Vivo 10. Cartão Nacional de Saúde

3

1. GP 2. Nome do 3º Beneficiário Dependente

3. Sexo 4. Est. Civil 5. Data de Nascimento 6. Local de Atendimento 7. CPF

8. Nome da Mãe do Beneficiário Dependente

9. Declaração de Nascido Vivo 10. Cartão Nacional de Saúde

Informações para preenchimento Grau de Parentesco (GP): Dependentes: Esposa (01), Companheiro(a)/Convivente (02), Marido (03), Filhos (10), Filhas (30).

VI. ASSINATURA DA CONTRATANTE

Data:

Representante Legal 1

Representante Legal 2

Representante Legal 3

- 8. NOME DA MÃE** - preencher com o nome completo da mãe de cada beneficiário dependente inscrito. **Não abreviar nenhum nome.**
9. DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO - preencher o nº da Declaração de Nascido Vivo para cada beneficiário dependente nascido a partir de 1º de janeiro de 2010.
10. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde de cada beneficiário dependente.

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Identificação do Beneficiário - O BENEFICIÁRIO TITULAR deverá ler, datar e assinar, assim como o Representante da Unimed-Rio.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

O preenchimento da Declaração de Saúde deverá ser feito obrigatoriamente pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, que deverá declarar por si 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 no cabeçalho.

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) DEPENDENTE(S) se existentes.

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.

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

A Unimed-Rio 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

O BENEFICIÁRIO TITULAR deverá assinalar com "x" no campo correspondente à forma escolhida para o preenchimento da Declaração de Saúde. Deverá **obrigatoriamente** datar e assinar. 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.

COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL (assinalar apenas quando houver inclusão de família)

O BENEFICIÁRIO TITULAR deverá optar por autorizar ou não a Unimed-Rio a utilizar os dados fornecidos nesta planilha para fins de comunicação institucional ou operacional

TODAS AS PÁGINAS DA PLANILHA DEVEM SER RUBRICADAS.

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!

Rubrica

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!

Rubrica

* 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 TITULAR

_____, ____ de _____ de _____.

NOME LEGÍVEL DO BENEFICIÁRIO TITULAR: _____

CPF do Beneficiário Titular : _____

Assinatura do Beneficiário Titular: _____

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

_____, ____ de _____ de _____.

Nome Legível : _____

CPF: _____

Assinatura do Representante Unimed-Rio: _____

* 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 TITULAR

_____, ____ de _____ de _____.

NOME LEGÍVEL DO BENEFICIÁRIO TITULAR: _____

CPF do Beneficiário Titular : _____

Assinatura do Beneficiário Titular: _____

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

_____, ____ de _____ de _____.

Nome Legível : _____

CPF: _____

Assinatura do Representante Unimed-Rio: _____

INFORME	TITULAR	1º DEPENDENTE	2º DEPENDENTE	3º DEPENDENTE
PESO (Kg)				
Altura (m)				

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	1º DEPENDENTE	2º DEPENDENTE		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO TITULAR

- Declaro que fui orientado para o preenchimento desta Declaração de Saúde por médico cooperado da Unimed-Rio, selecionado por meio do Guia Médico que contém a relação de médicos cooperados.
- Declaro que fui orientado por meu médico particular, não cooperado da Unimed-Rio, para preenchimento desta Declaração de Saúde.
- 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.
- Declaro que fui orientado por médico preposto para preenchimento desta Declaração de Saúde.

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

- Declaro que as informações, por mim prestadas nesta Declaração de Saúde, são verdadeiras, pelas quais assumo inteira responsabilidade.
- COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL (assinalar apenas quando houver inclusão de família)
Autorizo a Unimed-Rio a entrar em contato comigo por meio dos dados fornecidos nesta Planilha, para fins de comunicação institucional ou operacional. Sim Não

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário Titular

INFORME	TITULAR	1º DEPENDENTE	2º DEPENDENTE	3º DEPENDENTE
PESO (Kg)				
Altura (m)				

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	1º DEPENDENTE	2º DEPENDENTE		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO TITULAR

- Declaro que fui orientado para o preenchimento desta Declaração de Saúde por médico cooperado da Unimed-Rio, selecionado por meio do Guia Médico que contém a relação de médicos cooperados.
- Declaro que fui orientado por meu médico particular, não cooperado da Unimed-Rio, para preenchimento desta Declaração de Saúde.
- 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.
- Declaro que fui orientado por médico preposto para preenchimento desta Declaração de Saúde.

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

1. Declaro que as informações, por mim prestadas nesta Declaração de Saúde, são verdadeiras, pelas quais assumo inteira responsabilidade.
2. COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL (assinalar apenas quando houver inclusão de família)
Autorizo a Unimed-Rio a entrar em contato comigo por meio dos dados fornecidos Sim Não
nesta Planilha, para fins de comunicação institucional ou operacional.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário Titular