

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 Interveniente

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 2 QC
☐ Alfa 2
☐ Beta 2
☐ Delta 2
☐ Ômega Plus

2. Produtos Opcionais

- SOS Unimed, Transporte
 Aeromédico, Unimed Viagem
☐ Sim ☐ Não

3. Cobertura Odontológica (Unimed Dental)

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

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 Interveniente

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 2 QC
☐ Alfa 2
☐ Beta 2
☐ Delta 2
☐ Ômega Plus

2. Produtos Opcionais

- SOS Unimed, Transporte
 Aeromédico, Unimed Viagem
☐ Sim ☐ Não

3. Cobertura Odontológica (Unimed Dental)

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

Rubrica

O correto preenchimento da Planilha de Movimentação Cadastral reduz o tempo de cadastramento 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. Esta Planilha de Movimentação Cadastral foi elaborada considerando o número máximo de caracteres permitidos operacionalmente. Sendo assim, não ultrapasse o número de campos disponíveis.

I – TIPO DE SOLICITAÇÃO

Para cada solicitação, marcar a opção correspondente da planilha utilizando os critérios abaixo:

- **INCLUSÃO DE FAMÍLIA** (novo titular com ou sem dependente(s))

Preencher os campos de II a VI, Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde.

- **ALTERAÇÃO DOS DADOS CADASTRAIS**

Preencher os campos II, III.1, VI (para titular) e/ou II, III.1, V.1, V.2, V.5 e VI (para dependentes); além dos campos a serem alterados. No caso em que o cartão de identificação sofre alteração, o cartão incorreto deverá ser devolvido logo após o recebimento do cartão com as alterações.

- **INCLUSÃO DE DEPENDENTES**

Preencher os campos II, III.1, V, VI, Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde.

- **TRANSFERÊNCIA DE PLANO**

Preencher os campos II, III.1, IV.1 e VI. Na transferência de plano, o cartão do plano anterior deverá ser devolvido logo após o recebimento do cartão do novo plano. **OBS.:** A transferência de plano implicará na alteração de todo grupo familiar.

- **INCLUSÃO DE PRODUTO OPCIONAL**

Preencher os campos II, III.1, IV.2 e VI para inclusão de produto opcional.

OBS: a inclusão de produto opcional é válida para todo o grupo familiar.

- **INCLUSÃO DE COBERTURA ODONTOLÓGICA**

Preencher os campos II, III.1, IV.3 e VI. **OBS:** a inclusão de cobertura odontológica é válida para todo o grupo familiar.

- **TRANSFERÊNCIA DE CÓDIGO PARA**

Preencher o código da empresa de destino. Preencher o campo II com o nome da empresa de destino. Preencher os campos III.1 e VI. Para transferência do grupo familiar, preencher também os campos V.1, V.2 e V.5. Na transferência de código, o cartão anterior deverá ser devolvido à Unimed-Rio logo após o recebimento do cartão com o novo código.

II – DADOS DA EMPRESA

1. **NOME DA EMPRESA CONTRATANTE** - preencher com o nome (Razão Social) da Empresa Contratante. **Não abreviar nenhum nome.**

2. **NOME DA EMPRESA INTERVENIENTE** - preencher com o nome (Razão Social) da Empresa Interveniente. **Não abreviar nenhum nome.**

III – DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. **CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO TITULAR** - preencher com o código do cartão assistencial do BENEFICIÁRIO TITULAR.

2. **NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR** - preencher com o nome completo do BENEFICIÁRIO TITULAR. **Não abreviar nenhum nome.**

3. **LOTAÇÃO** - preencher com até 8 dígitos. Este campo é utilizado para separar cartões por filial, agência, departamento etc. e fica a critério da Empresa Contratante. Enviar à Unimed-Rio a relação com o nome da lotação codificada.

4. **LOCAL DE ATENDIMENTO** - preencher com a cidade ou código da Unimed onde o BENEFICIÁRIO TITULAR reside.

5. **SEXO** - preencher com (M), se o BENEFICIÁRIO TITULAR for do sexo masculino ou (F), se for do sexo feminino.

6. **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).

7. **CPF (titular)** - preencher com o número do CPF (Cadastro de Pessoa Física) do BENEFICIÁRIO TITULAR.

8. **NÚMERO DE IDENTIDADE** - preencher com o número do Documento de Identificação (RG) do BENEFICIÁRIO TITULAR.

9. **ÓRGÃO EXPEDIDOR** - preencher com o órgão expedidor do Documento de Identificação (RG) do BENEFICIÁRIO TITULAR;

10. **CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE** - preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde do BENEFICIÁRIO TITULAR;

11. **DATA DE NASCIMENTO** - preencher com a data de nascimento do BENEFICIÁRIO TITULAR, no formato DD/MM/AAAA.

12. **NOME DA MÃE DO TITULAR** - preencher com o nome completo da mãe do BENEFICIÁRIO TITULAR. **Não abreviar nenhum nome.**

13. **NOME DO PAI DO TITULAR** - preencher com o nome completo do pai do BENEFICIÁRIO TITULAR. **Não abreviar nenhum nome.**

14. **ENDEREÇO RESIDENCIAL** - preencher com o endereço residencial do BENEFICIÁRIO TITULAR. **Neste campo preencher apenas o nome do logradouro, sem número ou complemento.**

15. **NÚMERO** - preencher com o número do endereço residencial do BENEFICIÁRIO TITULAR.

16. **COMPLEMENTO** - preencher com o complemento do endereço residencial do BENEFICIÁRIO TITULAR.

17. **BAIRRO** - preencher com o bairro do endereço residencial do BENEFICIÁRIO TITULAR.

18. **CEP** - preencher com o número do CEP (Código de Endereçamento Postal) do endereço residencial do BENEFICIÁRIO TITULAR, **com 8 dígitos.**

19. **CIDADE** - preencher com a cidade de domicílio do BENEFICIÁRIO TITULAR.

20. **UF (Unidade da Federação)** - preencher com a UF da cidade do domicílio do BENEFICIÁRIO TITULAR.

21. **TELEFONE** - preencher com o nº de telefone de contato do BENEFICIÁRIO TITULAR, incluindo o DDD (Discagem Direta à Distância) da área.

22. **TELEFONE CELULAR** - preencher com o número de telefone celular de contato do BENEFICIÁRIO TITULAR, incluindo o DDD (Discagem Direta à Distância) da área.

23. **EMAIL (endereço eletrônico)** - preencher com o email do BENEFICIÁRIO TITULAR, se possuir.

IV – TIPO DE PLANO E PRODUTOS OPCIONAIS

1. **PLANO** - assinalar com um "x" o plano escolhido para o BENEFICIÁRIO TITULAR e seus dependentes inscritos.

2. **OPCIONAIS** - assinalar com um "x" no campo "Sim" ou "Não" se os produtos opcionais devem ser incluídos para o BENEFICIÁRIO TITULAR e seus dependentes inscritos.

3. **COBERTURA ODONTOLÓGICA (UNIMED DENTAL)** - assinalar com um "x", no campo "Sim" ou "Não", se a segmentação odontológica deve ser incluída para o BENEFICIÁRIO TITULAR e seus dependentes inscritos. **Quando este campo estiver preenchido com "Sim", deve-se obrigatoriamente assinalar com um "x", no campo "Sim" ou "Não", se deseja incluir o opcional Unimed Dental 2 e o Unimed Dental Total para o BENEFICIÁRIO TITULAR e dependentes inscritos.**

V - DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

1. **GP (GRAU DE PARENTESCO)** - preencher com o grau de parentesco de cada beneficiário dependente, conforme apresentado abaixo:

DEPENDENTES: Esposa - preencher com (O1) / Companheiro(a)/Convivente - preencher com (O2) / Marido - preencher com (O3) / Filho - preencher com (IO) / Filha - preencher com (3O).

2. **NOME** - preencher com o nome completo de cada beneficiário dependente. **Não abreviar nenhum nome.**

3. **SEXO** - preencher com (M), se o beneficiário dependente for do sexo masculino ou (F), se for do sexo feminino.

4. **EST.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. **DATA DE NASCIMENTO** - preencher com a data de nascimento de cada beneficiário dependente, no formato DD/MM/AAAA.

6. **LOCAL DE ATENDIMENTO** - preencher com a cidade ou código da Unimed onde o Beneficiário dependente reside.

7. **CPF** - preencher com o número do CPF de cada beneficiário dependente, mesmo sendo menor de 18 (dezoito) anos.

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		

1. GP 2. Nome do 2º Beneficiário Dependente

2

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							

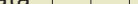
1. GP 2. Nome do 3º Beneficiário Dependente

3

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: _____

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. Nome da Empresa Contratante

2. Nome do Beneficiário Titular

3. CPF do Titular

DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)

1. Nome do 1º Dependente

2. Nome do 2º Dependente

3. Nome do 3º Dependente

ITENS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

VÁLIDA PARA TITULAR E DEPENDENTE(S). DEVERÁ SER PREENCHIDA OBRIGATORIAMENTE PELO BENEFICIÁRIO TITULAR

PREENCHER COM
"S" = SIM OU "N" = NÃO

TITULAR

DEPENDENTE

10

20

30

- | | |
|----|--|
| 1 | Sofre de alguma doença cardiovascular, como pressão alta, angina, infarto ou outra? |
| 2 | Sofre de alguma doença endocrinológica, como diabetes, doenças da tireóide, obesidade ou outra? |
| 3 | Sofre de alguma doença do aparelho respiratório, como enfisema, asma, bronquite, rinite, sinusite ou outra? |
| 4 | Sofre de alguma doença ortopédica, como osteoporose, hérnia de disco, artrite, artrose ou outra? |
| 5 | Sofre de alguma doença do aparelho digestivo, como gastrite, úlcera, colite, hemorróidas, cálculo de vesícula ou outra? |
| 6 | Sofre de alguma doença do fígado, como cirrose, hepatite ou outra? |
| 7 | Sofre de alguma doença urológica, como insuficiência renal, problema de próstata, cálculos ou outra? |
| 8 | Sofre de alguma doença ginecológica, como miomas, cistos ou outra? |
| 9 | Sofre de alguma doença neurológica, como epilepsia, Alzheimer, mal de Parkinson ou outra? |
| 10 | Sofre de alguma doença oftalmológica (dos olhos), como glaucoma, miopia, astigmatismo, hipermetropia, estrabismo ou outra? |
| 11 | Sofre de alguma doença do sangue ou autoimune, como anemias, lúpus, artrite reumatoide ou outra? |
| 12 | Sofre de algum tipo de câncer? |
| 13 | Apresenta hérnia inguinal, umbilical ou outro tipo? |
| 14 | Tem doença do aparelho circulatório, como varizes, insuficiência arterial, linfangite ou outra? |
| 15 | É portador do vírus da AIDS? |
| 16 | Possui qualquer tipo de sequela, dano ou deficiência decorrente de doença que saiba ser portador? |
| 17 | Possui deficiência psicomotora, de órgão ou membro? |
| 18 | Possui alguma doença/deformidade hereditária ou congênita? |
| 19 | Possui cirurgia programada para os próximos 12 meses? |
| 20 | Faz acompanhamento psiquiátrico ou psicoterápico? |
| 21 | Está em tratamento médico? |
| 22 | Tem alguma doença não relacionada acima? |

Rubrica

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. Nome da Empresa Contratante

2. Nome do Beneficiário Titular

3. CPF do Titular

DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)

1. Nome do 1º Dependente

2. Nome do 2º Dependente

3. Nome do 3º Dependente

ITENS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

VÁLIDA PARA TITULAR E DEPENDENTE(S). DEVERÁ SER PREENCHIDA OBRIGATORIAMENTE PELO BENEFICIÁRIO TITULAR

PREENCHER COM
"S" = SIM OU "N" = NÃO

TITULAR

DEPENDENTE

10

20

30

- | | |
|----|--|
| 1 | Sofre de alguma doença cardiovascular, como pressão alta, angina, infarto ou outra? |
| 2 | Sofre de alguma doença endocrinológica, como diabetes, doenças da tireóide, obesidade ou outra? |
| 3 | Sofre de alguma doença do aparelho respiratório, como enfisema, asma, bronquite, rinite, sinusite ou outra? |
| 4 | Sofre de alguma doença ortopédica, como osteoporose, hérnia de disco, artrite, artrose ou outra? |
| 5 | Sofre de alguma doença do aparelho digestivo, como gastrite, úlcera, colite, hemorróidas, cálculo de vesícula ou outra? |
| 6 | Sofre de alguma doença do fígado, como cirrose, hepatite ou outra? |
| 7 | Sofre de alguma doença urológica, como insuficiência renal, problema de próstata, cálculos ou outra? |
| 8 | Sofre de alguma doença ginecológica, como miomas, cistos ou outra? |
| 9 | Sofre de alguma doença neurológica, como epilepsia, Alzheimer, mal de Parkinson ou outra? |
| 10 | Sofre de alguma doença oftalmológica (dos olhos), como glaucoma, miopia, astigmatismo, hipermetropia, estrabismo ou outra? |
| 11 | Sofre de alguma doença do sangue ou autoimune, como anemias, lúpus, artrite reumatoide ou outra? |
| 12 | Sofre de algum tipo de câncer? |
| 13 | Apresenta hérnia inguinal, umbilical ou outro tipo? |
| 14 | Tem doença do aparelho circulatório, como varizes, insuficiência arterial, linfangite ou outra? |
| 15 | É portador do vírus da AIDS? |
| 16 | Possui qualquer tipo de sequela, dano ou deficiência decorrente de doença que saiba ser portador? |
| 17 | Possui deficiência psicomotora, de órgão ou membro? |
| 18 | Possui alguma doença/deformidade hereditária ou congênita? |
| 19 | Possui cirurgia programada para os próximos 12 meses? |
| 20 | Faz acompanhamento psiquiátrico ou psicoterápico? |
| 21 | Está em tratamento médico? |
| 22 | Tem alguma doença não relacionada acima? |

Rubrica

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	3º DEPENDENTE		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		

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 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	3º DEPENDENTE		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐		

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 nesta Planilha, para fins de comunicação institucional ou operacional. ☐ Sim ☐ Não

_____, ____ de _____ de _____. _____

Assinatura do Beneficiário Titular