

**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-Rio.

**TABELA INDICATIVA DE VALORES DE COPARTICIPAÇÃO** – A tabela Indicativa de Valores de Coparticipação, bem como o campo de Valor Limite por Exame (VLE) devem ser preenchidos de acordo com o contrato vigente entre a empresa Contratante e a Unimed-Rio.

**COBERTURA CONTRATADA** – tabela de preenchimento OBRIGATÓRIO somente quando o plano contratado oferecer assistência médica e odontológica. Em caso positivo, assinalar com um “x” de acordo com a escolha do beneficiário titular em contratar para si e demais beneficiários inscritos um dos produtos de assistência médica e odontológica disponíveis.

#### **VII. TOTAL DOS VALORES CONTRATADOS – R\$**

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

**VALOR DOS OPCIONAIS** – preencher com o valor dos opcionais para cada beneficiário (titular e dependente, se houver).

**TOTAL MENSALIDADE** – preencher com o somatório dos valores do beneficiário titular e seus dependentes (se houver) considerando cada mensalidade (R\$) e os opcionais.

**TAXA DE IMPLANTAÇÃO** – preencher com o valor total da taxa de implantação da Proposta Contratual. Atenção: esta taxa é cobrada por contrato e não por beneficiário inscrito.

**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), e o número da conta 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. RECIBO – PARA USO EXCLUSIVO DO CORRETOR** – preencher com o valor pago em algarismos e por extenso. Tendo efetuado o preenchimento, o Corretor deverá datar e assinar.

#### **X. 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-Rio 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-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**

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.

**PROPOSTA OPCIONAIS****I. DADOS DOS OPCIONAIS EVENTUALMENTE CONTRATADOS**

**NOME DO OPCIONAL** - este campo deve ser preenchido de acordo com o contrato vigente entre a empresa Contratante e a Unimed-Rio.

**QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS** - preencher campo indicando a quantidade de beneficiários que contratou opcionais.

**VALOR UNITÁRIO** - preencher o valor unitário de cada opcional contratado.

**VALOR TOTAL** - preencher com o somatório dos valores dos opcionais contratados pelo beneficiário titular para si e para seus dependentes eventualmente inscritos.

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

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

**II. DECLARAÇÕES GERAIS**

O beneficiário titular ou seu representante legal deverá ler atentamente as Declarações Gerais, datar e assinar **obrigatoriamente**.

**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-Rio".

**2. REGISTRO DA OPERADORA NA ANS** - campo já preenchido com o número de registro da Unimed-Rio na ANS "39.332-1".

**3. NOME DO PLANO** - preencher com o nome comercial do plano na operadora de destino (Unimed-Rio).

**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-Rio

**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)

4. CPF Corretor(a)

5. Cód. Corretor(a)

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

1. Nome da Empresa Contratante

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

3. CNPJ

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. Órgão 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

Contratação coletivo  
por adesão

Nº identificação Proposta

Versão  
01/2020

Campo de identificação

**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

**VI. DADOS DO PLANO CONTRATADO**

Selecione seu Plano	Nome Comercial do Plano	N° de Registro na ANS	Segmentação Assistencial	Abrangência Geográfica	Coparticipação	Acomodação
<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"/>						

**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 ou Percentual

Em caso de cobrança de coparticipação em percentual, o Valor Limite por Exame (VLE) será de: \_\_\_\_\_

**COBERTURA CONTRATADA**

Tabela de preenchimento **OBRIGATÓRIO** somente quando o plano contratado oferecer assistência médica e odontológica.

Selecione sua Cobertura	Cobertura Contratada	Descrição das Coberturas
<input type="checkbox"/>	Unimed Dental	Cobertura básica prevista no Rol de Procedimentos (ANS).
<input type="checkbox"/>	Unimed Dental 2	Cobertura básica prevista no Rol de Procedimentos (ANS) e documentação ortodôntica.

**ATENÇÃO:**

1. Verifique a disponibilidade do plano no período de contratação;
2. Os dependentes eventualmente inscritos, serão cadastrados obrigatoriamente na mesma categoria do plano do beneficiário titular.

Rubrica
---------



## VII - TOTAL DOS VALORES CONTRATADOS - R\$

Valores	Titular	1º Dependente	2º Dependente	3º Dependente	Subtotal
Valor Mensalidade					
Valor Opcionais					
Total Mensalidade	Mensalidade + Opcionais				
Taxa de implantação	Valor único por contrato				

## 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 \_\_\_\_ DE CADA MÊS.

## OUTRA FORMA DE COBRANÇA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## IX. RECIBO (para uso exclusivo do Corretor)

Recebi a importância de R\$ \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )  
correspondente ao total dos valores do produto e opcional(is) contratados e a taxa de implantação.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Assinatura do Corretor

\_\_\_\_\_  
Rubrica



## X. DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES GERAIS

### Em virtude da contratação, declaro que:

1. Recebi informações completas e suficientes para a perfeita compreensão do produto que irei contratar.
2. Conforme estabelecido nas normas em vigor da ANS, recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e tenho ciência de que o Guia de Leitura Contratual (GLC) será entregue junto com os cartões de identificação do beneficiário titular e dos dependentes eventualmente inscritos;
3. Comprovei no ato da contratação, residência em um dos municípios que fazem parte da região de comercialização da UNIMED-RIO (**município do Rio de Janeiro ou município de Duque de Caxias**), por meio de documentação própria para este fim;
4. Recebi as Condições Gerais e valores detalhados de eventuais opcionais contratados;
5. Tenho ciência que, quando contratada a cobertura odontológica, os serviços serão prestados pela *Unimed Saúde e Odonto S/A*. Estou ciente, ainda, de que a Unimed-Rio reserva-se o direito de contratar esta assistência com outra pessoa jurídica a qualquer momento durante a relação contratual, independente de aviso prévio;
6. 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
7. Autorizo a Unimed-Rio 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

Contratação coletivo  
por adesão

Nº identificação Proposta

Versão

**01/2020**

Campo de identificação

**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-Rio com a denominação de Unimed Referência Adesão, registrado na ANS sob o número 459.318/08-9, que assegura assistência ambulatorial e assistência hospitalar com obstetrícia e acomodação em quarto coletivo (enfermaria), para tratamento das doenças relacionadas no CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças Relacionadas à Saúde.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Beneficiário Titular

## CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

### **O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?**

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

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

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.\*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

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

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

Rubrica

Contratação coletivo  
por adesão

Nº identificação Proposta

Versão  
**01/2020**

Campo de identificação

**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](http://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](http://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		
	1°	2°	3°

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? <b>(Responda mediante preenchimento e avaliação do quadro de Unidade de Medida no final desta página)</b>			
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 seqüela, dano ou deficiência decorrente de doença que saiba ser portador?			
18	Possui deficiência psicomotora, de órgão ou membro?			
19	Possui alguma doença/deformidade 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	1° DEPENDENTE	2° DEPENDENTE	3° DEPENDENTE
Peso (Kg)				
Altura (m)				

**Atenção:** O Índice de Massa Corpórea (IMC) é calculado dividindo-se o peso em quilogramas (kg) pela altura<sup>2</sup> em metros. **Exemplo:  $IMC = PESO / (ALTURA \times ALTURA)$ .**

IMC de 30,0 a 34,9 = Obesidade Grau I

IMC de 35,0 a 39,9 = Obesidade Grau II

IMC acima de 40,0 = Obesidade Mórbida

Rubrica
---------

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

N° 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				
		1°	2°	3°		
	<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 cooperado da Unimed-Rio    Meu médico particular    Médico preposto

 Declaro que dispensei orientação médica a mim oferecida para o preenchimento desta Declaração de Saúde por julgar-me capacitado a fazê-lo por minha própria conta, pelo que respondo integralmente.

**DECLARAÇÃO DO MÉDICO ORIENTADOR**

Declaro que prestei as orientações necessárias para o BENEFICIÁRIO TITULAR preencher de próprio punho esta Declaração de Saúde.

 \_\_\_\_\_  
Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM

**INFORMAÇÕES - DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

**Cobertura Parcial Temporária (CPT)** é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

**Agravo** é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

Ao não declarar as doenças e/ou lesões que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação, a operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação. Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.

**1.** Estou ciente que será aplicada imediatamente, a partir da vigência do contrato, cláusula de Cobertura Parcial Temporária, na qual o beneficiário não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

**2.** Declaro que as informações por mim prestadas nesta Declaração de Saúde são verdadeiras, pelas quais assumo inteira responsabilidade.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Beneficiário Titular

**ATESTADO DE VERACIDADE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE PRESTADAS NA DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

Atesto para todos os fins de direito, e a quem possa interessar, que as informações prestadas na Declaração de Saúde, preenchidas na presente data, incluindo peso corporal e altura, são verdadeiras, legítimas e idôneas, bem como condizentes com a realidade das atuais condições de saúde.

Outrossim, ratifico que informei estrita e devidamente tudo aquilo que se faz referente ao estado de saúde atual e pregressivo, 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-Rio, nesses casos, o direito de adotar as medidas legais pertinentes.

Declaro, ainda, estar ciente que a Unimed-Rio 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: \_\_\_\_\_

**I. DADOS DOS OPCIONAIS EVENTUALMENTE CONTRATADOS**

Nome do Opcional	Quantidade Beneficiários	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)

Nome do Beneficiário Titular

CPF do Beneficiário Titular

**Importante**

A inclusão do beneficiário titular como participante do(s) Opcional(ais) acarretará a inclusão de todos os seus respectivos dependentes eventualmente inscritos, conforme condições previstas em contrato.

**II. DECLARAÇÕES GERAIS****Declaro que:**

1. Recebi informações completas e suficientes para a perfeita compreensão do(s) serviço(s) Opcional(ais) contratado(s) e estou ciente e de acordo com as condições estabelecidas.
2. As condições particulares dos serviços apresentados também estão disponíveis na íntegra no site **www.unimedrio.com.br**. As cláusulas e condições estabelecidas prevalecem sempre para definir direitos e obrigações em caso de dúvidas.
3. Os serviços apresentados são complementares ao produto assistencial contratado, **não sendo disponíveis para contratação avulsa.**
4. Os serviços em comercialização serão prestados pelas seguintes empresas: o *SOS Unimed*, pela *CTI COR – Centro de Tratamento Intensivo Ltda*; e o *Transporte Aeromédico*, pela *Uniair Administração Participações e Serviços Médicos de Urgência Ltda*. **A Unimed-Rio reserva-se o direito de contratar essas assistências com outras pessoas jurídicas a qualquer momento durante a relação contratual, independente de aviso prévio.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Beneficiário Titular

**I. PROPOSTA DE ADESÃO À PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS**

1. Nome do Beneficiário

**II. PLANO DE ORIGEM**

1. Nome da operadora

2. Registro da operadora na ANS

3. Nome do plano

4. Registro do plano na ANS

5. Segmentação do Plano

6. Data de Inclusão

7. Último pagamento em:

8. Exerceu portabilidade?

 Não  Sim

9. Cumpriu ou está cumprindo CPT?

 Não  Sim**III. PLANO DE DESTINO**

1. Nome da operadora

2. Registro da operadora na ANS

3. Nome do plano

4. Registro do plano na ANS

**IV. PRINCIPAIS DOCUMENTOS APRESENTADOS**

- Comprovante de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas
- Comprovante de prazo de permanência no plano de origem
- Relatório de compatibilidade entre os planos de origem e de destino
- Comprovante de vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano
- Cópia da Declaração de Saúde preenchida no plano de origem, caso o beneficiário esteja em cumprimento de CPT

**V. QUESTIONAMENTOS COMPLEMENTARES**

1. Está internado?

 Não  Sim

2. Caso afirmativo, informar em qual Hospital:

3. Há previsão para internação?

 Não  Sim

4. Caso afirmativo, informar em qual Hospital:

**VI. DECLARO ESTAR CIENTE DE QUE:**

1. A Unimed-Rio tem até 10 (dez) dias, contados da data de assinatura desta Proposta, para concluir sua análise, bem como da documentação entregue no ato;
2. a Unimed-Rio me enviará correspondência, caso não haja atendimento aos requisitos mínimos para exercício da Portabilidade de carências, justificando sua recusa;
3. as coberturas e serviços adicionais do plano de origem não estão contempladas no plano de destino escolhido, sendo o atendimento limitado aos procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
4. nos planos com segmentação exclusivamente odontológica, é desconsiderada a exigência de preenchimento dos campos que tratam da CPT e os questionamentos complementares;
5. após conclusão da análise da documentação e aceite da Unimed-Rio, o início de vigência do meu contrato ocorrerá conforme acordo contratual da empresa contratante, que dar-se-á em \_\_/\_\_/\_\_;
6. declaro, ainda, que as informações por mim prestadas nesta Proposta são verdadeiras, pelas quais assumo inteira responsabilidade.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Beneficiário Titular