

00

0000000

PROPOSTA DE ADMISSÃO  
PLANO DE SAÚDE - HOSPITALAR

ANS - Nº 30214-7

NOME DO PROPONENTE (NÃO ABREVIAR)

NASCIMENTO RG ÓRG. EMIS. / UF CPF PIS

SEXO ESTADO CIVIL PROFISSÃO / ATIVIDADE TELEFONE

E-MAIL

ENDEREÇO RESIDENCIAL CELULAR

BAIRRO CIDADE UF CEP

NOME DA MÃE (NÃO ABREVIAR)

NOME DO RESPONSÁVEL (NÃO ABREVIAR)

GRAU DE PARENTESCO

RG ÓRG. EMIS. / UF CPF TELEFONE

E-MAIL

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

BAIRRO CIDADE UF CEP

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

MATRÍCULA

APÓS OS ESCLARECIMENTOS A RESPEITO DE CADA UM DOS PLANOS DE SAÚDE ABAIXO, OPTEI POR:

- PREVENT SENIOR 1000 - APARTAMENTO (ANS 484.055/19-1)
- PREVENT SENIOR 1000 - ENFERMARIA (ANS 484.053/19-4)
- PREVENT SENIOR SAFIRA ENFERMARIA REFERENCIAL (ANS 444.210/03-5)

REDUÇÃO DE CARÊNCIA  PORTABILIDADE (ASSINALE SOMENTE EM CASO DE SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA/PORTABILIDADE)

NOME DO CORRETOR

NR.

R.G.

Tabela de vencimentos bancários	Data de assinatura do contrato	De 01 a 05	De 06 a 10	De 11 a 15	De 16 a 20	De 21 a 25	De 26 a 31
	Vencimento da mensalidade	Dia 05	Dia 10	Dia 15	Dia 20	Dia 25	Dia 30

## TERMO DE OPÇÃO

DECLARO TER CONHECIMENTO DO INTEIRO TEOR DAS CONDIÇÕES DO PLANO DE SAÚDE OBJETO DESTA PROPOSTA. ESTOU CIENTE QUE O CONTRATO TERÁ VIGÊNCIA APÓS A CONFIRMAÇÃO DO PAGAMENTO DA PRIMEIRA MENSALIDADE. DECLARO, AINDA, SABER QUE A DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DEVERÁ SER OBSERVADA PARA CONTAGEM DAS CARÊNCIAS ESTABELECIDAS NESTE CONTRATO CELEBRADO COM A **PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAÚDE LTDA.**, DEVIDAMENTE REGISTRADA JUNTO À ANS SOB O NO **30.214-7**, EXCETO PARA SITUAÇÕES EM QUE HÁ PORTABILIDADE OU REDUÇÃO DE CARÊNCIAS.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
LOCAL

## TRATAMENTO E COMPARTILHAMENTO DE DADOS

AUTORIZO A PREVENT SENIOR E AS DEMAIS EMPRESAS DO GRUPO ECONÔMICO A TRATAR OS DADOS PESSOAIS E DE SAÚDE PARA QUE, EM CONJUNTO COM PRESTADORES DE SERVIÇO E REDE CREDENCIADA, POSSA PRESTAR O SERVIÇO, OBJETO DESTES CONTRATOS, DE FORMA EFICIENTE.

ASSINATURA DO CORRETOR

**TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES**

O presente aditivo tem por objeto a redução das carências estabelecidas na cláusula décima segunda do contrato ora aditado.

Em conformidade com as informações prestadas e com documentos comprobatórios apresentados pelo proponente, ficam reduzidos os prazos de carência em razão da dedução do período cumprido no plano de saúde anterior, contratado em **00/00/0000** com a Operadora **XXXXXXXX**.

Fica, ainda, concedida a garantia de não reajuste da mensalidade a partir dos 50 anos, decorrente de mudança de faixa etária, referido na cláusula 18.1 do contrato.

Fica o proponente ciente de que deverá solicitar o cancelamento do plano de saúde com a Operadora acima referenciada (operadora de origem), bem como de sua responsabilidade quanto a eventuais custos junto à referida instituição.

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

Nome do(a) beneficiário(a) ou responsável

Nome do intermediário entre Operadora e beneficiário(a)

Assinatura do intermediário entre Operadora e beneficiário(a)

CPF do intermediário entre Operadora e beneficiário(a)

Serviço de Atendimento ao Cliente  
0800 773 8368 | 3003 8368

Serviço de Atendimento ao Cliente  
para Deficientes Auditivos  
0800 770 0110

[www.preventsenior.com.br](http://www.preventsenior.com.br)

## 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, que 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 seu preenchimento, o beneficiário tem direito a 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 problemas de saúde sobre o 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 declaradas, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integrada 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 em contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da Operadora para esta doença ou lesão.

### O QUE ACONTECE 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 informações 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 informações 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 do contrato. Cobertura Parcial Temporária (CPT) **NÃO** é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

\* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade (PAC), acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário**.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário**.

Beneficiário:

Intermediário entre a Operadora e o beneficiário:

Local

Data

Local

Data

Nome:

Nome:

CPF:

CPF:

Assinatura: \_\_\_\_\_

### DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1. Sofre de câncer, tumor de qualquer natureza ou Leucemia?	( ) Não ( ) Sim
2. Sofre de doença renal com necessidade de realizar diálise?	( ) Não ( ) Sim
3. Possui alguma cirurgia indicada e / ou agendada?	( ) Não ( ) Sim
4. Faz uso de algum medicamento de alto custo obrigatório de acordo com as regras previstas na Lei 9.656/98 e resoluções da ANS?	( ) Não ( ) Sim
5. Você faz uso de marca-passo ou desfibrilador cardíaco?	( ) Não ( ) Sim
6. Você faz uso de Orteses ou realizou implante de próteses (exceto prótese dentária)? Se sim, desde quando?	( ) Não ( ) Sim

Estou ciente que medicamentos de alto custo serão fornecidos pela Operadora de acordo com as regras previstas na Lei 9.656/98 e resoluções da ANS, podendo ser aplicadas carências de 720 (setecentos e vinte) dias.

Estou ciente que de acordo com a Lei 9.656/98 e resoluções da ANS não há cobertura obrigatória para atendimento domiciliar.

#### Condições do preenchimento da Declaração de Saúde

- Declaro que fui orientado por médico credenciado pela Prevent Senior, sem custo algum.
- Declaro que fui orientado por médico particular, arcando com os custos correspondentes.
- Declaro que não utilizei um médico orientador para a entrevista qualificada por considerar que tenho conhecimento suficiente para responder às perguntas, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

Local e data

Nome do(a) beneficiário(a) ou responsável

Assinatura do médico e CRM

00

0000000



## TERMO DE OPÇÃO POR CPT

Declaro para os devidos fins que preenchi a Declaração de Saúde e que estou ciente dos termos do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, que prevê a denúncia do contrato por violação do princípio da boa-fé. A omissão de condição sabida de doença ou lesão preexistente está sujeita à suspensão ou denúncia do contrato, conforme o disposto no artigo 13, inciso II, parágrafo único da Lei 9.656/98;

Do conhecimento da existência e disponibilidade do plano Prevent Senior Safira, acomodação enfermagem, que corresponde ao plano referência, que trata o artigo 10º da Lei 9.656/98 e que o mesmo foi oferecido, tendo eu optado pela contratação do plano assinalado na presente proposta;

Que estou de acordo com as condições gerais do contrato, inclusive quanto aos prazos de carência constantes da cláusula décima segunda das condições gerais;

Que tenho ciência de que as informações que prestei na Declaração de Saúde poderão levar a CONTRATADA a solicitar esclarecimentos quanto a doenças preexistentes para acolher a proposta com restrição de cobertura (CPT), segundo minha opção;

E, finalmente, que, ao preencher a proposta do contrato de assistência médica, recebi as respectivas condições gerais do contrato, que foram lidas, entendidas e por mim aceitas em todos os seus termos, fazendo parte integrante do presente.

Local e data

Nome do(a) beneficiário(a) ou responsável

Assinatura do corretor

### TERMOS DE OPÇÃO (SOMENTE NOS CASOS DE DOENÇAS PREEXISTENTES)

Em vista das respostas afirmativas da Declaração de Saúde sobre moléstias preexistentes, e em atenção ao disposto no artigo 4º da resolução CONSU 2, de 03/11/98, eu, PROPONENTE, decidi optar por:

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), que é a suspensão pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses da cobertura para as moléstias preexistentes informadas na Declaração de Saúde, dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

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

Nome do(a) beneficiário(a) ou responsável

### RECIBO

Recebemos a importância de **R\$ XXXX** (xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxx xxxxxxxx xxxxxx), correspondente à primeira parcela do plano de saúde prevent senior, objeto desta proposta.  
Este recibo passa a ser válido exclusivamente após a confirmação de pagamento.

### RECIBO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Declaro haver recebido, nesta data, os documentos referidos na cláusula 21.2, página 22, do presente contrato.

Nome do(a) beneficiário(a) ou responsável