

00		00000000		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										

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

TERMO DE OPÇÃO POR CPT E OUTRAS AVENÇAS ENTRE AS PARTES

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 enfermaria, 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.

Tenho ciência que fica 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.



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 _____

FABIANA ALANA DÉBORA MOREIRA

Nome do(a) beneficiário(a) ou responsável

RECIBO

Recebemos a importância de **R\$ XXXX** (xxxxxxxx xxxxxxxx xxxxxxxx xxxxxxxx xxxxxxxx xxxxx), 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