



Entidade

Início de vigência

Código

1 - PROPONENTE TITULAR

Nome Completo					
Data de Nascimento	Sexo	E.C.	Ocupação	Município de Nascimento	UF
Nome da Mãe Completo					
Nome do Pai Completo					
Declaração de Nascido Vivo nº			Cartão do SUS		
Nome do Responsável (caso seja menor de 18 anos)					
RG do Titular		CPF do Titular		CPF do Responsável	
Endereço Residencial					Nº
Complemento	CEP	Bairro	Fone Residencial	Fone Celular	
Cidade		E-mail			
Endereço de Cobrança					Nº
Complemento	CEP	Bairro	Cida	Mensalidade Titular	

2 - DEPENDENTE(S)

1	Nome Completo					Sexo
	Data de Nascimento	CPF	Nome da Mãe Completo	Nome do Pai Completo		
	E.C.	G.P.	Nº da Declaração de Nascido Vivo	Cartão do SUS	Mensalidade Dependente 1	
2	Nome Completo					Sexo
	Data de Nascimento	CPF	Nome da Mãe Completo	Nome do Pai Completo		
	E.C.	G.P.	Nº da Declaração de Nascido Vivo	Cartão do SUS	Mensalidade Dependente 2	
3	Nome Completo					Sexo
	Data de Nascimento	CPF	Nome da Mãe Completo	Nome do Pai Completo		
	E.C.	G.P.	Nº da Declaração de Nascido Vivo	Cartão do SUS	Mensalidade Dependente 3	
4	Nome Completo					Sexo
	Data de Nascimento	CPF	Nome da Mãe Completo	Nome do Pai Completo		
	E.C.	G.P.	Nº da Declaração de Nascido Vivo	Cartão do SUS	Mensalidade Dependente 4	
5	Nome Completo					Sexo
	Data de Nascimento	CPF	Nome da Mãe Completo	Nome do Pai Completo		
	E.C.	G.P.	Nº da Declaração de Nascido Vivo	Cartão do SUS	Mensalidade Dependente 5	

3 - IDENTIFICAÇÃO DO VENDEDOR

Nome da Corretora _____ Cód. Corretora _____

Nome do(a) Vendedor(a) _____ CPF: _____

Código do(a) Vendedor(a) _____ Data ___/___/___ _____

Assinatura do(a) Vendedor(a) _____

4 - PLANO PRETENDIDO

Verifique a disponibilidade do plano de saúde pretendido, conforme definido com a entidade indicada na página 1. Todos os dependentes serão incluídos na mesma categoria de plano do proponente titular.

Assinale abaixo o plano pretendido	Nome do Plano	Nr. Registro ANS	Acomodação	Abrangência Geográfica
<input type="checkbox"/>	AACL 200 ADESÃO ABC + OSASCO	481.779/18-6	Coletiva	São Paulo, São Bernardo, São Caetano do Sul, Santo André, Mauá, Osasco, Diadema e Guarulhos; todos no estado de São Paulo
<input type="checkbox"/>	AACL 500 ADESÃO ABC + OSASCO	481.778/18-8	Apartamento	São Paulo, São Bernardo, São Caetano do Sul, Santo André, Mauá, Osasco, Diadema e Guarulhos; todos no estado de São Paulo
<input type="checkbox"/>	CLASSES 100-APT	483.600/19-6	Apartamento	Municípios de São Paulo: São Paulo, , Praia Grande, Santos, Mongaguá, Peruibe, Itanhaém, São Vicente, Cubatão, Guarujá; Todos no Estado de São Paulo - SP
<input type="checkbox"/>	CLASSES 100-ENF	483.601/19-4	Coletiva	Municípios de São Paulo: São Paulo, , Praia Grande, Santos, Mongaguá, Peruibe, Itanhaém, São Vicente, Cubatão, Guarujá; Todos no Estado de São Paulo - SP
<input type="checkbox"/>	CLASSES 200-ADESÃO SP	481.750/18-8	Coletiva	Municípios de São Paulo: São Paulo
<input type="checkbox"/>	CLASSES 500-ADESÃO SP	481.749/18-4	Apartamento	Municípios de São Paulo: São Paulo

Grupo de Municípios

Adesão Enfermaria e Adesão Apartamento: São Paulo, Grande São Paulo, Campinas e Região, Baixada Santista

5 - VALORES

	Idade	Valor total em R\$		Idade	Valor total em R\$		Idade	Valor total em R\$
Titular	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Titular	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Titular	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dep. 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Dep. 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Dep. 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Valor total em R\$	<input type="text"/>							

ATENÇÃO: o valor indicado ao lado sofrerá alterações, caso haja reajuste anual do contrato coletivo de plano de saúde ou mudança de faixa etária entre a data da assinatura desta Proposta e a sua 1ª (primeira) cobrança, observado o disposto nos itens 15 e 16 da página 4 desta Proposta.

6 - FORMA DE PAGAMENTO

Boleto Bancário Vencimento dia _____ de cada mês.

TAXA DE CADASTRO E IMPLANTAÇÃO

O valor pago, diretamente ao corretor pelo titular, na assinatura deste contrato de adesão, é referente a consultoria na escolha e contratação do plano de saúde, não se confundirá ou substituirá ou excluirá o pagamento da primeira mensalidade que ocorrerá através do boleto bancário para fins de início da cobertura / vigência deste contrato

Valor total em R\$

8 - AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DE INFORMAÇÕES

- Desejo receber informações sobre o benefício contratado, bem como mensagens com ofertas de novos serviços e benefícios, disponibilizadas através de e-mail e/ou SMS.
- Não desejo receber tais informações e mensagens e, portanto, não autorizo o seu envio, via e-mail e/ou SMS.

_____/_____/_____
Local DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR
(ou responsável caso o titular seja menor de 18 anos)

1. Este instrumento é meu Contrato de Adesão (a "Proposta") ao contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão (o "benefício"), celebrado entre ACIMPE Associação do Comércio do Micro e pequeno Empreendedor e a AACL - Associação das Classes Laboriosas (a "Operadora") e destinado a população que mantenha vínculo com a minha "Entidade", que é a Pessoa Jurídica indicada na página 1 desta Proposta.

2. Mantenho vínculo com a Entidade indicada na página 1 desta Proposta, sendo que a documentação comprobatória desse vínculo está sendo entregue por mim ao angariador, no ato da assinatura desta, podendo esta Proposta ser recusada em razão da falta de minha elegibilidade. Em caso de recusa desta Proposta, a taxa de angariação será devolvida a mim pelo angariador que a recebeu.

3. Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

3.1. Dependente: Cônjuge ou companheiro(a) que comprove união estável como entidade familiar, conforme lei civil.

3.2. Filhos naturais ou adotivos até 21 (vinte e um) anos completos, desde que solteiros e sem dependentes, tutelados, menores sob guarda e os enteados.

4. Sou o único responsável pelos documentos e informações fornecidos por mim e por meu(s) dependente(s) sobre toda e qualquer circunstância que possa incluir na aceitação desta Proposta, na manutenção ou no valor mensal do benefício, sabendo que omissões ou dados errôneos acarretarão a perda de todos os meus direitos, bem como os do(s) meu(s) dependente(s), decorrentes do benefício.

5. Após a aceitação desta Proposta, o benefício terá início na data indicada no campo "Início da Vigência do benefício", na página 1 da presente, e tanto eu quanto meu(s) dependente(s) indicado(s), passaremos a ser denominados "beneficiários".

6. Assim que assumir a condição de beneficiário titular, ficam outorgados à Administradora de Benefícios amplos poderes para me representar, assim como o meu(s) beneficiário(s) dependente(s), perante a Operadora e outros órgãos em especial a ANS, no cumprimento e/ou nas alterações deste benefício, bem como nos reajustes dos seus valores mensais.

7. O contrato coletivo firmado entre a Entidade e a Operadora, contrato que passarei a integrar, vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, podendo ser renovado automaticamente por tempo indeterminado, e desde que não ocorra denúncia, por escrito, de qualquer das partes, seja pela Entidade ou pela Operadora. Em caso de rescisão desses contratos coletivos, a Entidade me fará a comunicação desse fato com antecedência mínima de 30(trinta) dias.

8. Os BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos no Plano de Saúde terão direito ao atendimento médico-hospitalar e ambulatorial, a ser realizado em rede própria ou credenciada da CONTRATADA, relacionada em Manual do Usuário ou no site eletrônico disponibilizado na internet: www.classeslaboriosas.org.br. O atendimento referido será efetuado dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no Contrato, independentemente do local de origem do evento. Em caso de urgência ou emergência comprovada, quando não for possível a realização do atendimento na forma acima disposta, o BENEFICIÁRIO poderá utilizar o reembolso da OPERADORA, respeitados os limites de reembolso e condições contratuais, constantes do Manual do Beneficiário, bem como a regulamentação em vigor (Resolução Normativa nº 259/2011, da ANS, alterada pela Resolução Normativa nº 268/2011, também da ANS, e posteriores alterações). Estou ciente de que, para todos os planos deste contrato coletivo, a OPERADORA poderá se utilizar do direcionamento, do referenciamento ou da hierarquização de acesso para os procedimentos de alta complexidade e/ou alto custo e/ou internações, preferencialmente para sua rede própria de prestadores.

9. O benefício cobrirá as despesas com serviços médico hospitalares relacionados no "Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde", instituído pela ANS, no tratamento das doenças codificadas na versão 10 da Classificação Estética Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), observada a abrangência das condições gerais deste benefício.

10. As coberturas excluídas do benefício são aquelas que não se incluem no "Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde", da ANS, nem nas coberturas adicionais eventualmente oferecidas por este benefício, bem como as despesas não cobertas citadas na Lei nº 9.656/98 e nas normas regulamentares da ANS.

10.1. As coberturas previstas neste contrato começam a vigorar após os prazos definidos como carência, indicados na tabela descrita a seguir, estarem cumpridos, e serão contados a partir do início de vigência individual de cada BENEFICIÁRIO:

Tenho ciência dos prazos de carência para utilização dos benefícios, conforme tabela indicativa a seguir. Tenho ciência também que a contagem dos prazos de carência se iniciará a partir do início da vigência do contrato, no caso de BENEFICIÁRIO TITULAR, ou a partir da data de ingresso, no caso de BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES. Para efeitos de isenção de carências, deve-se observar as normas regulamentares da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e a legislação em vigor e, se houver redução de carências, deve-se observar o Aditivo de Redução de Carências, que acompanha esta Proposta;		
Grupo de carência	Prazo para aquisição do direito de uso	Procedimentos/Eventos Médicos e/ou Hospitalares Cobertos
0	24 (vinte e quatro) horas	Atendimentos nos casos de emergência ou de urgência, caracterizados nos termos do artigo 35-C, inciso I ou II, da Lei nº 9.656/98.
1	30 (trinta) dias	Além dos atendimentos descritos acima, o Beneficiário adquire o direito a: a) atendimento, em prontos-socorros, gerais ou especializados, nos casos em que não se configure risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente; b) consultas médicas eletivas; c) exames, realizados em regime ambulatorial, de: análises clínicas em sangue, fezes e urina; radiologia simples (não contrastada); eletrocardiograma.
2	90 (noventa) dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos /eventos, realizados em regime ambulatorial: a) mamografia; b) endoscopia digestiva alta; c) teste ergométrico; d) ultrassonografias; e) eletroencefalografia; exames oftalmológicos; e) fisioterapia.
3	120 (cento e vinte) dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/ eventos, realizados em regime ambulatorial: a) demais exames de análises clínicas; b) cirurgias ambulatoriais de porte zero (com anestesia local); c) exames de anatomia patológica, colpocitologia e citopatologia, d) exames endoscópicos (cistoscopia, colonoscopia, broncoscopia, retossigmoidoscopia); e) provas de função pulmonar; líquido; mapeamento de retina; f) exames angiográficos de Doppler; fluxometria e investigação vascular ultrassônica; ecocardiografia; g) Holter; h) eletroencefalografia. i) exames de citologia oncológica (papanicolau); j) densitometria óssea; l) exames radiológicos contrastados.
4	180 (cento e oitenta) dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito a: a) internações, clínicas e cirúrgicas, com exceção do previsto nos Grupos de Carência 5 e 6; b) laparoscopia c) tomografia computadorizada; d) coronariografia; ressonância magnética; e) tomografia computadorizada; e) com exceção daqueles previstos no Grupo de Carência 5, todos os demais exames para diagnóstico e tratamentos terapêuticos contratualmente cobertos.
5	180 (cento e oitenta) dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito a: a) consultas/sessões com Psicólogo e/ou Terapeuta Ocupacional; b) consultas / sessões com Fonoaudiólogo; c) consultas/sessões com Terapeuta Ocupacional; d) consultas/sessões com Nutricionista; e) sessão de psicoterapia; f) diálise e hemodiálise em pacientes crônicos; g) procedimentos, clínicos ou cirúrgicos, relacionados aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou implantes e suas seqüências; h) internações hospitalares psiquiátricas; i) internações hospitalares de portadores de doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória, inclusive AIDS; j) hemodinâmica e angiografia digital; transfusões e hemoderivados; l) neurocirurgia e cirurgia cardíaca, acidente vascular-cerebral; m) angioplastias em geral; n) quimioterapia e radioterapia; o) procedimentos cobertos com diretrizes de utilização, conforme definidos no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS (tais como cirurgias esterilizantes, cirurgia refrativa, cirurgia bariátrica, dermolipectomia); p) procedimentos exclusivamente relacionados a planejamento familiar.
6	300 (trezentos) dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, a Beneficiária, titular ou dependente, adquire o direito à cobertura de partos a termo.

11. Doença ou lesão preexistente é aquela da qual eu ou meu(s) dependente(s) saibamos ser portador(es) nesta data, seja por diagnóstico feito ou conhecido, devendo declará-la na "Declaração de Saúde" que acompanha esta proposta. Havendo na "Declaração de Saúde" a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do benefício, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

12. Depende de Validação Prévia de Procedimentos (VPP) pela OPERADORA a realização de serviços auxiliares de diagnose;(II) serviços auxiliares de terapia; (III) serviços ambulatoriais; (IV) internações; e (V) remoções, conforme condições constantes no Manual do Beneficiário.

13. As características do benefício relativas a: (I) segmentação assistencial; (II) padrão de acomodação em internação; e(III) abrangência geográfica estão definidas na página 2 desta Proposta.

14. A data de vencimento do pagamento do valor mensal do benefício bem como sua forma, serão aquelas indicadas na página 2 desta Proposta, sendo que a falta de pagamento na data do seu vencimento ocasionará a suspensão automática do benefício, multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do benefício e acréscimo de juros de 1% (um por cento) ao mês sobre o valor total do benefício. A utilização somente será restabelecida a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), com multa, conforme disposto no item 19 desta proposta.

15. Independente da data da minha adesão a presente proposta, o valor mensal pago sofrerá reajustes legais e contratuais, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações: a) anualmente consubstanciado pelo reajuste financeiro mais o reajuste oriundo da sinistralidade apurada e verificada nos 12 (doze) meses anteriores; b) por mudança de faixa etária, sempre que ocorrer a alteração da idade de titular e dependente, conforme regras estabelecidas pela ANS, e indicada no item 16 desta proposta; c) em outras hipóteses, desde que em conformidade com as normas e legislação em vigor.

16. Reajuste por mudança de faixa etária: ocorrendo mudanças na idade de qualquer dos beneficiários inscritos, que importe deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão reajustadas automaticamente, no mês subsequente ao do aniversário, conforme faixas etárias e percentuais a saber:

Faixa Etária	Percentual de reajuste por mudança de faixa etária	Faixa Etária	Percentual de reajuste por mudança de faixa etária
00 a 18	Sem Acréscimo	39 a 43	15,00%
19 a 23	10,00%	44 a 48	25,00%
24 a 28	10,00%	49 a 53	30,00%
29 a 33	30,00%	54 a 58	30,00%
34 a 38	10,00%	59 ou +	42,30%

17. Devo solicitar e informar expressamente a Administradora toda e qualquer alteração cadastral, tal como a eventual perda de elegibilidade e o cancelamento da adesão ao benefício, respeitando os prazos e as condições constantes no manual do beneficiário.

18. Os boletos para pagamento da mensalidade do Plano de Saúde serão enviados pela ACIMPE Assoc. do Com. do Micro e pequeno Empr. correspondência simples ao endereço informado na proposta de adesão, ficando certo de que caso não receba o referido boleto bancário em até 3 (três) dias antes do seu vencimento, deverei retirar a segunda via pelo site: www.uplifese seguros.com.br ou solicitar através do e-mail atendimento@uplifese seguros.com.br.

19. Poderei solicitar o cancelamento do benefício à ACIMPE de Benefício, observados os prazos e as condições constantes no Manual do Beneficiário. O benefício poderá ser cancelado pela ACIMPE no caso de perda da minha elegibilidade ou pela falta

de pagamento, a contar da data da vigência, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de contrato, mediante prévia notificação. A vigência do benefício não se confunde com a data de vencimento de seu pagamento, prevalecendo, para efeito de cancelamento, o período de vigência mensal. No caso de cancelamento do benefício, haverá minha exclusão e a de meu(s) beneficiário(s) dependente(s), não isentando a cobrança do(s) valor(es) não pago(s), incluídos juros e multa, podendo está(s) ser(em) encaminhada(s) aos Órgãos de Proteção ao Crédito.

20. No caso de cancelamento do benefício, devolverei imediatamente à ACIMPE os cartões de identificação do(s) beneficiário(s), assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida do benefício, incluindo a utilização por terceiros com ou sem o meu conhecimento.

21. Não haverá nenhuma continuidade deste benefício nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, que cuidam da continuidade assistencial em casos de demissão e aposentadoria em contratos coletivos empresariais, hipóteses essas totalmente diversas das que se aplicam a este benefício.

22. Em caso de cancelamento, poderei postular nova adesão ao benefício, após ser feita nova análise e aceitação das condições de minha elegibilidade e após ter quitado eventuais débitos anteriores. A nova adesão poderá ser sujeita ao cumprimento de novos prazos de carências parciais ou totais, de acordo com os normativos da legislação em vigor.

23. Devo encaminhar prontamente à ACIMPE e/ou Operadora, quando qualquer uma delas solicitar, documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas.

24. Poderei desistir desta Proposta, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito à ACIMPE, no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de minha assinatura neste instrumento, autorizando a cobrança da taxa de angariação e do valor mensal do benefício, caso esse prazo não seja observado.

25. Portabilidade de carência é a contratação de um novo plano de saúde, individual ou familiar ou coletivo por adesão, regulamentado pela Lei nº 9.656/98 ou adaptado à ela, com registro na ANS, em uma mesma operadora ou em outra operadora, contratação essa na qual o beneficiário estará dispensado do cumprimento de novos períodos de carência e Cobertura Parcial Temporária (CPT) conforme disposto na Resolução Normativa 186 (RN 186), da ANS, e suas posteriores atualizações. Quando a solicitação de ingresso no benefício ocorrer através de Portabilidade de Carências, deverão ser observadas e atendidas as condições específicas constantes no "Pedido pra fins de Mobilidade para Portabilidade de Carências", documento esse que deverá ser preenchido complementarmente a esta Proposta e que atende ao disposto da RN 186 e suas posteriores atualizações. Nesse caso é certo que as informações referentes ao início de vigência do benefício, às carências e à Cobertura Parcial Temporária (CPT), nas páginas 1 e 3 desta Proposta, tornam-se sem efeito, passando a vigorar o estabelecido no referido "Pedido para fins de Mobilidade para Portabilidade de Carências".

26. O foro para dirimir quaisquer questões oriundas da presente Proposta é o do domicílio do CONTRATANTE.

Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para a aceitação desta Proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão, e a do(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) nas páginas 1 e 2 desta proposta, ao benefício.

Declaro ter recebido, neste ato, cópias da presente Proposta que contém a Carta de Orientação ao Beneficiário, a Declaração de Saúde e o Aditivo de Redução de Carência. Estou ciente que os cartões de identificação do(s) beneficiário(s) e a lista de prestadores credenciados que será enviada em livreto ou em outro formato digital, de exclusiva responsabilidade da Operadora, bem como Guia de Leitura Contratual, serão enviados a mim tão logo eu e meu(s) dependente(s) tenhamos sido aceitos e nossos registros estejam regularizados.

Local

DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR
(ou responsável caso o titular seja menor de 18 anos)

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 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 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 PROPONENTE 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 Agravo, 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 restrições de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, endoscopia etc.*.) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declaradas, até 24 meses, cotados 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 carência estabelecidos no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.
- 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 informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a 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 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 – Peril 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

Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário

_____/_____/_____
Local Data

_____/_____/_____
Local Data

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

PERGUNTAS A SEREM RESPONDIDAS (“SIM” ou “NÃO”), DE PRÓPRIO PUNHO, PELO BENEFICIÁRIO TITULAR, EM SEU NOME E DE SEUS DEPENDENTES

Item	Perguntas	Titular	Dependentes					
			1	2	3	4	5	
A	Sofre de doença das veias (varizes, trombose, hemorróidas ou outra)?							
B	Sofre de doença do aparelho cardio-circulatório (angina, infarto, pressão alta, ponte de safena, sopro ou outra)?							
C	Sofre de doença endócrina ou metabólica (diabetes, tireóide, obesidade ou outra)?							
D	Sofre de doença do aparelho digestivo (gastrite, úlcera, colite, doença da vesícula biliar, doença dos intestinos ou outra)?							
E	Sofre de hérnia de qualquer tipo (inguinal, umbilical, incisional ou outra)?							
F	Sofre de doença do sangue ou imunológica (anemia, púrpura, talassemia ou outra)?							
G	Sofre de doença do aparelho gênito-urinário (cálculos, infecção dos rins, insuficiência renal, doença da bexiga, doença da uretra ou outra)?							
H	Sofre de doença do sistema nervoso e cérebro-vascular (derrame, paralisia cerebral, parkinson, alzheimer, epilepsia ou outra)?							
I	Sofre de doença do ouvido, nariz e garganta (diminuição da audição, desvio do septo, sinusite, amigdalite ou outra)?							
J	Sofre de doença crônica do aparelho respiratório (asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição ou outra)?							
K	Sofre de doença ortopédica (artrose, hérnia de disco, deformidades ósseas ou outra)?							
L	Sofre de doença reumatológica (artrite, reumatismo, febre reumática, lupus ou outra)?							
M	Sofre de doença ginecológica e de mama (doença do períneo, mioma, cisto de ovário, cisto de mama, incontinência urinária ou outra)?							
N	Sofre de doença relacionada ao hiv (aids e suas complicações infecciosas ou degenerativas)?							
O	Sofre de doença ou tumoração benigna ou maligna (câncer, leucemia ou outra)?							
P	Sofre de doença infecciosa (hepatite, tuberculose ou outra)?							
Q	Sofre de doença dos órgãos genitais masculinos (doença da próstata, hidrocele, fimose ou outra)?							
R	Sofre de doença da visão (catarata, glaucoma, alterações da retina e da córnea, miopia, astigmatismo ou outra)?							
S	Sofre de doença ou transtorno mental e comportamental (retardo mental, esquizofrenia, síndromes ou outra)?							
T	Sofre de malformação congênita, deformidade e/ou anomalia cromossômica (síndrome de down, pé torto, doença cardíaca, rins policísticos ou outra)?							
U	Sofre de lesão provocada por causa externa ou dermatológica (queimadura, trauma, envenenamento, cicatriz cirúrgica, quelóide ou outra)?							
V	Faz ou fez uso habitual de álcool ou drogas?							
W	É ou foi fumante?							
X	Está ou já esteve internado?							
Y	Já foi submetido a cirurgia?							
Z	Tem alguma outra doença ou lesão não descrita acima?							
Z.1	Tem programada alguma cirurgia ou procedimento de alto custo para os próximos meses?							
Z.2	É dependente de cuidados básicos?							

Informe:	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Dep. 5
Peso						
Altura						
IMC						

Se a resposta a algum item foi positiva (“sim”), informar o motivo na próxima página, indicando o item (letra), o beneficiário (titular ou dependente), a data do evento (mês/ano) e esclarecer cada situação de forma individual.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

Item	Beneficiário	Data do evento	Esclarecimentos (motivo da internação, tipo de tratamento, situação atual etc.)	CID

USO EXCLUSIVO DA OPERADORA - RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA REFERENTE A DOENÇAS E/OU LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Beneficiário	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Dep. 5
Cobert. Parcial Temporária (código)						

Observações:

_____ de _____ de _____
Local Data

_____ Assinatura do Beneficiário Titular / Representante Legal

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 1) No preenchimento desta Declaração de Saúde, o proponente tem a opção de ser orientado sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, caso em que as despesas honorários serão de sua inteira responsabilidade.
- 2) A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o proponente tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
- 3) Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, segue opção oferecida: Cobertura Parcial Temporária (CPT) - é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data de contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionadas exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- 4) A omissão de informações sobre a existência de doença preexistente de qual o proponente saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, pode acarretar a suspensão do contrato. Nesse caso, o proponente será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida.
- 5) Caso tenha sido declarada alguma doença ou lesão preexistente, seu plano de saúde estará sujeito a Cobertura Parcial Temporária, conforme disposto no aditivo de Cobertura Parcial Temporária, constante nesta declaração de saúde e que faz parte integrante do contrato.

Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde tendo prestado informações completas e verdadeiras. Concordo em que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato do plano a ser celebrado com a operadora, ficando a mesma autorizada a utilizá-la em qualquer época no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional.

Declaro ainda que tenho pleno conhecimento de que declarações não verdadeiras, incompletas e que qualquer omissão, em relação a mim e meus dependentes caracteriza comportamento fraudulento, sujeitando-me as penalidades cabíveis.

Para comprovação das declarações prestadas, autorizo, antecipadamente que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas, prestem à Contratada todas as informações sobre o meu estado de saúde e moléstias que possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultado de exames e tratamentos instituídos, isentando-os desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional. Condições de preenchimento:

Optei por ser orientado por um médico indicado pela Operadora

Optei por ser orientado por um médico de minha livre escolha e confiança

Dispensei a presença de um médico orientador

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

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

_____ Assinatura do titular

_____ Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM

Tempo de plano anterior	Até 06 meses - Carência contratual	De 07 a 12 meses Tabela 01	De 13 a 24 meses Tabela 02	Mais de 24 meses Tabela 03
Grupo de carências	Prazos de carências			
0	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
1	30 dias	15 dias	24 horas	24 horas
2	90 dias	60 dias	30 dias	24 horas
3	120 dias	90 dias	30 dias	24 horas
4	180 dias	150 dias	120 dias	90 dias
5	180 dias	180 dias	180 dias	150 dias
6	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

2. às doenças e lesões pré-existentes serão aplicados o prazo de 24 (vinte e quatro) meses de Cobertura Parcial Temporária (CPT) 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 de cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

3. A data de início da vigência deste aditamento será a mesma do Contrato ora aditado.

4. Tratando a redução de carência de exceção aos prazos limites previstos na Lei 9.656/98 e disposições gerais do contrato as partes convencionam que a redução de carência somente será aplicável quando do uso da estrutura dos recursos assistenciais (hospitais, pronto atendimento, ambulatório, centro médico, clínicas e serviços auxiliares de diagnose e terapia incluindo laboratórios de análises clínicas) próprio da CONTRATADA. Excetuando os recursos próprios ou por direcionamento para utilização da rede credenciada do produto contratado aplicar-se-à, integralmente, os prazos de carência previstos no item 10.1

5. Permanecem inalteradas e válidas todas as cláusulas e condições estabelecidas no contrato ora editado, desde que não sejam conflitantes com o disposto neste aditamento.

E, por estarem de acordo, firmam o presente termo as partes em duas vias de igual teor e valor.

São Paulo, ____ de ____ de ____

FOLHA RETIFICADORA

1. DADOS DO TITULAR

Nome Proponente Titular (sem abreviação)						
Data de Nascimento	Idade	Sexo	CPF	Estado Civil	Cédula de Identidade / RG (nº/UF)	
Nome Completo da Mãe (sem abreviação)						
Telefone Residencial ()	Telefone para recados ()			Telefone Celular ()	Taxa Mensal (R\$)	
E-mail						
Nº do Cartão Nacional de Saúde				Nº da Declaração de Nascido Vivo*		
Nome do Responsável (Representante legal)						
Endereço Residencial (Rua, Av, etc.)						
Número	Complemento	Número	Bairro	Município	Estado	CEP

2. DEPENDENTE(S)

1-	Nome Completo:						Taxa Mensal
	Data de Nascimento	Idade	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	Cartão Nacional de Saúde	
	Nome da Mãe Completo					Est. Civil	Parentesco
2-	Nome Completo:						Taxa Mensal
	Data de Nascimento	Idade	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	Cartão Nacional de Saúde	
	Nome da Mãe Completo					Est. Civil	Parentesco
3-	Nome Completo:						Taxa Mensal
	Data de Nascimento	Idade	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	Cartão Nacional de Saúde	
	Nome da Mãe Completo					Est. Civil	Parentesco
4-	Nome Completo:						Taxa Mensal
	Data de Nascimento	Idade	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	Cartão Nacional de Saúde	
	Nome da Mãe Completo					Est. Civil	Parentesco

Códigos para indicação de Estado Civil (E C):
1- Solt. | 2- Cas. | 3- Sep. Jud. | 4- Divorc. | 5- Viúvo

Códigos para indicação de Grau de Parentesco (parente):
1- Cônj. | 2- Filho | 3- Pais | 4- Comp. | 5- Tut.

*Para nascidos a partir de 01/10/10

Taxa de inscrição (R\$)	Total da mensalidade (R\$) (Mensalidade do titular + dependentes)	Total da proposta (R\$)

Local e Data

Ass. do Proponente - Tit. Responsável

DECLARAÇÃO

Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para aceitação desta proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão, e a do(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) nas páginas 01/12 desta proposta, ao benefício.

Declaro receber, neste ato, a Carta de orientação ao Beneficiário e da Declaração de Saúde e cópia da Presente Proposta. Estou ciente que o(s) cartão (ões) de identificação (ões) do(s) beneficiário (s) e a lista de prestadores referenciados (disponíveis no site: [www. http://classeslaboriosas.org.br](http://classeslaboriosas.org.br)), são de responsabilidade da Operadora.

O Guia de Leitura Contratual, bem como o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, que reproduz condições contratuais da apólice coletiva, traz os esclarecimentos sobre os aspectos relativos à utilização e manutenção do benefício e os direitos e obrigações dos beneficiários. Os mesmos também poderão ser solicitados por meio físico ou eletrônico.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal