

## Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde

### Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado.

Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

### Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24 h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	<b>Coletivo Empresarial</b>	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei
		<b>Coletivo por Adesão</b>	
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde.  A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.	

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIO (CPT)	<p>Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário.</p> <p>Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada.</p> <p>Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências.</p> <p>A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.</p>	<b>Coletivo Empresarial</b>	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou agravado, independente do número de participantes.
		<b>Coletivo por Adesão</b>	
		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.	
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira; (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.		
REAJUSTE	<p>Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa.</p> <p>A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.</p>	<p>Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS.</p> <p>O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano.</p> <p>Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.</p> <p>A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.</p>	
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.		
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.	

<b>REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO</b>	<p>Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.</p>	<p>Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato.</p> <p>A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.</p>
--	--	--

**Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos**

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congêneres, órgão público ou empresa.

**Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais**

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar. O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/ órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde.

O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor. Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

**Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial**

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões. A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar. O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar. Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

**Cobertura e segmentação assistencial**

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermagem. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998. A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

**Abrangência geográfica**

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

**Área de atuação**

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal. É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

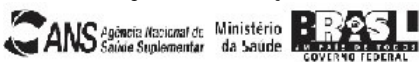
**Administradora de Benefícios**

Quando houver participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado. Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

*Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).*

**ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO**

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar



**1. ENTREGA DA PROPOSTA DE ADESÃO**

Para que a proposta de adesão seja implantada com sucesso é necessário que uma via original e as cópias dos documentos obrigatórios sejam recebidos pela Aliança Administradora até o dia estipulado na sua proposta de adesão.

**2. DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

Para o titular:	Para o(s) dependente(s):
- RG;	- RG ou certidão de nascimento;
- CPF;	- CPF
- Comprovante de vínculo com a entidade (comprovante de filiação) ou órgão público (contracheque atualizado);	- Certidão de casamento (em caso de cônjuge);
- Comprovante de residência;	- Declaração pública de união estável expedida por cartório ou contrato de união estável (em caso de companheiro); * Clientes Sul América - Declaração de União Estável Simples, conforme modelo da operadora.
- Cópia do Termo de Posse ou da Publicação no diário oficial da União, para novos servidores e novos pensionistas (exclusivo para servidores públicos).	- Comprovante atualizado de matrícula para os filhos entre 21 a 24 anos que sejam estudantes. * Clientes do Governo do Rio de Janeiro - Além do comprovante de escolaridade para os dependentes entre 21 e 24 anos deve ser entregue o comprovante de imposto de renda para comprovação da dependência econômica.

Atenção: Algumas entidades de classe ou órgãos públicos podem exigir documentos adicionais aos listados acima.

**3. PRAZO DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL NA OPERADORA**

A proposta de adesão, acompanhada da documentação completa, precisa ser recebida na Aliança até a data estabelecida na proposta, para que o início da vigência do plano contratado ocorra a partir do 1º dia do mês subsequente. Caso contrário, a data de início da vigência poderá ser prorrogada.

**4. AUXÍLIO SAÚDE (somente para servidores públicos)**

Para solicitar o seu auxílio-saúde, apresente uma via da sua proposta de adesão acompanhada do formulário de requerimento de auxílio-saúde ao RH da sua Instituição. A informação acerca do pagamento da mensalidade do seu plano de saúde é enviada mensalmente pela Aliança Administradora ao RH do seu órgão.

**Atenção: Servidores do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE** deverão apresentar pessoalmente ao RH do órgão o comprovante de pagamento/demonstrativo do débito da parcela emitido pelo banco.

**Servidores da Câmara dos Deputados** deverão entregar a Declaração de Não Cumulatividade de Benefícios na Serel/Deapa.

**Servidores do Ministério da Justiça - MJ** deverão preencher o formulário eletrônico (Requerimento de Ressarcimento à Saúde) que está disponível no Sistema Eletrônico de Informações - SEI, ao qual todos os servidores tem acesso. Caso o servidor tenha dúvida, procurar o Setor de Benefícios da CGRH. Salientamos que as vinculadas PF e PRF, continuarão realizando a solicitação de auxílio conforme modelo apresentado no primeiro parágrafo do item 4.

**5. CONFIRMAÇÃO DA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE**

A Área Médica da Aliança Administradora poderá entrar em contato com o beneficiário para confirmar as informações da Declaração Pessoal de Saúde.

**6. NÚMERO DA MATRÍCULA**

O número da matrícula do beneficiário e de seus dependentes será enviado por e-mail no início da vigência do plano escolhido.

**7. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIOS**

O cartão de identificação do usuário e de seus dependentes será enviado para o endereço informado na proposta de adesão até 30 dias do início da vigência do plano escolhido.

**Atenção:** A 2ª via do cartão de identificação terá um custo adicional para emissão e expedição, o qual será informado no momento da solicitação.

**8. CARÊNCIA**

O beneficiário deverá ficar atento para as regras e prazos de carência existentes para o plano de saúde contratado, constantes no formulário anexo à proposta de adesão.

**9. PAGAMENTO**

O pagamento da mensalidade deverá ser realizado de acordo com a sua data de vencimento, para que não haja cancelamento do plano.

**Atenção:** O pagamento da mensalidade atual não quita os débitos anteriores.

**10. REAJUSTE**

A tabela de preços do plano do escolhido sofrerá reajuste anual, no aniversário do contrato da Aliança com a entidade ou órgão ou operadora.

**11. VARIAÇÃO POR MODIFICAÇÃO DA FAIXA ETÁRIA**

O valor da mensalidade será modificado no mês seguinte ao aniversário do beneficiário e de seus dependentes quando houver mudança de faixa etária, independente da aplicação do reajuste.

**12. REDE CREDENCIADA**

Informamos ainda que está disponível, 24h por dia, a relação da rede credenciada do seu plano de saúde. Acesse o site ou ligue para a operadora e confira as melhores opções de atendimento. Se preferir acesse o Portal do Cliente no site da Aliança – <http://www.aliancaadm.com.br/redereferenciada> e clique na logomarca da sua operadora.

**13. PORTAL DO CLIENTE**

Ao visitar o site da Aliança Administradora ([www.aliancaadm.com.br](http://www.aliancaadm.com.br)) você também tem acesso a diversos serviços online que facilitam ainda mais a utilização do seu plano de saúde. No espaço “serviços on-line” você pode imprimir a 2ª via do seu boleto (quando esta for a sua forma de pagamento), consultar seu número de matrícula, dentre outros. No portal você também tem acesso à Ouvidoria.

**14. CANCELAMENTO**

A solicitação de cancelamento do plano deverá ser formalizada por documento assinado pelo beneficiário titular, entregue em via original aos cuidados do Departamento de Cadastro da Aliança.

**Atenção:** A solicitação de cancelamento não abona os débitos anteriores.

**15. COPARTICIPAÇÃO**

Caso seu plano seja com coparticipação, a cobrança dessa poderá ser realizada no período de até 12 (doze) meses após a prestação do atendimento. Caso ocorra o cancelamento do plano, a cobrança das utilizações não efetuadas durante o período de vigência do contrato poderá ser realizada mesmo após a data do cancelamento na Aliança.

Para mais informações, acesse [www.aliancaadm.com.br](http://www.aliancaadm.com.br) ou entre em contato conosco pelos telefones 3004 7010 (Capitais e Regiões Metropolitanas) 0800

Local e data

Assinatura

603 7007 (Demais Regiões).

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA LEGITIMADA**

Razão Social – Pessoa Jurídica Legitimada

CNPJ – Pessoa Jurídica Legitimada Data da Vigência Lotação (se houver)

**2. DADOS CADASTRAIS DO PROPONENTE TITULAR**

Nome Completo Sexo EC<sup>1</sup>

CPF Data de Nascimento N° Declaração de Nascido Vivo Cartão Nacional de Saúde

N° do Documento de Identificação Tipo de Documento Órgão Emissor Data de Expedição

Matric./Registro na Entidade Ocupação Principal

Nome da Mãe (completo)

Endereço para Correspondência (Rua, Avenida, Praça) Número Complemento de Endereço

Bairro Cidade

UF CEP Tipo de Endereço Email

Residencial  Comercial

DDD Telefone Residencial DDD Telefone Comercial Ramal DDD Telefone Celular PIS/PASEP

**3. RELAÇÃO DOS DEPENDENTES**

Nome Completo Sexo EC<sup>1</sup>

CPF Data de Nascimento N° Declaração de Nascido Vivo Cartão Nacional de Saúde PAR<sup>2</sup>

N° do Documento Tipo de Documento

Órgão Emissor Data de Expedição Ocupação Principal

Nome da Mãe (completo) PIS/PASEP

Nome Completo Sexo EC<sup>1</sup>

CPF Data de Nascimento N° Declaração de Nascido Vivo Cartão Nacional de Saúde PAR<sup>2</sup>

N° do Documento Tipo de Documento

Órgão Emissor Data de Expedição Ocupação Principal

Nome da Mãe (completo) PIS/PASEP

Nome Completo Sexo EC<sup>1</sup>

CPF Data de Nascimento N° Declaração de Nascido Vivo Cartão Nacional de Saúde PAR<sup>2</sup>

N° do Documento Tipo de Documento

Órgão Emissor Data de Expedição Ocupação Principal

Nome da Mãe (completo) PIS/PASEP

Local e Data

Assinatura do Titular

**3. RELAÇÃO DOS DEPENDENTES**

Nome Completo											Sexo <sup>EC1</sup>		
CPF			Data de Nascimento			Nº Declaração de Nascido Vivo			Cartão Nacional de Saúde			PAR <sup>2</sup>	
Nº do Documento											Tipo de Documento		
Órgão Emissor			Data de Expedição			Ocupação Principal							
Nome da Mãe (completo)											PIS/PASEP		

<sup>1</sup> EC (Estado Civil): S - Solteiro(a), C - Casado(a), V - Viúvo, D - Divorciado, J - Separado Judicialmente.

<sup>2</sup> PAR (Parentesco): 11 - Cônjuge, 13 - Filho(a), 15 - Menor sob guarda, 16 - Pai/Mãe.

**4. PLANO PRETENDIDO**

ASSISTÊNCIA MÉDICA  
Operadora - Razão Social

Nome do Plano Escolhido

Reg. Oper. - ANS

Registro do Plano - ANS

Tipo de Contratação	Carência	Abrangência	Serviços *	Acomodação *
<input type="checkbox"/> Com Coparticipação	<input type="checkbox"/> Integral	<input type="checkbox"/> Regional	<input type="checkbox"/> Ambulatorial-Hospitalar	<input type="checkbox"/> Quarto Coletivo
<input type="checkbox"/> Sem Coparticipação	<input type="checkbox"/> Reduzida	<input type="checkbox"/> Nacional	<input type="checkbox"/> Hospitalar	<input type="checkbox"/> Quarto Individual

\* Somente para planos de assistência médica

Data do Início do Benefício

Os períodos de carência estipulados com a operadora passarão a contar a partir desta data.

Obs.: Os valores ou percentuais de coparticipação, quando houver, de acordo com o produto contratado, estão disponíveis no site [www.aliancaadm.com.br](http://www.aliancaadm.com.br).

**5. DEMONSTRATIVO DO VALOR INICIAL DA MENSALIDADE - De acordo com a faixa etária do titular e dependente (s)**

Titular		Dependente 1		Dependente 2		Dependente 3		Dependente 4		Mensalidade Total R\$
IDADE	MENSALIDADE	IDADE	MENSALIDADE	IDADE	MENSALIDADE	IDADE	MENSALIDADE	IDADE	MENSALIDADE	

Obs.: Os valores da mensalidade sofrerão alteração de acordo com o item 10.13.

**6. DADOS DE COBRANÇA**

Titular da Conta Bancária Nome Completo - Titular da Conta Bancária CPF - Titular da Conta Bancária

Titular Plano  Outro

Nº Bco<sup>1</sup> Nome do Banco Agência Nº da Conta TP<sup>2</sup> CO<sup>3</sup>

(1) Bancos Conveniados: 001 - Banco do Brasil | 033 - Santander | 104 - Caixa Econômica Federal | 237 - Bradesco | 341 - Banco Itaú | 756 - Bancoob

(2) TP - Tipo de Conta: C corrente ou P poupança (3) CO - No caso de CEF especificar o código da operação

**Obs.: 1) Verifique se a opção consignação em folha está disponível para o seu contrato;**

**2) Em caso de consignação em folha, é obrigatório o preenchimento dos dados bancários e do Órgão de Pagamento acima, do Tipo de Beneficiário, da Matrícula do Servidor e Matrícula do Pensionista, quando houver, localizados no item 2 (dois) dessa proposta de adesão.**

A forma de pagamento referente ao plano de assistência à saúde será consignação em folha de pagamento e será efetivado no mês da cobertura do benefício, no dia do recebimento dos proventos. Excepcionalmente, poderá ocorrer cobrança por meio de boleto bancário, previamente comunicada ao beneficiário.

Eventuais diferenças no valor da mensalidade, originadas de movimentações cadastrais, tais como: alteração de plano, inclusão ou exclusão de beneficiário, realizadas após o envio das informações para consignação em folha serão cobradas ou devolvidas no mês subsequente.

Autorizo a ALIANÇA ADMINISTRADORA a realizar a consignação em folha do valor referente à mensalidade e a coparticipação, quando houver, do plano de assistência à saúde escolhido nesta proposta de adesão, bem como o crédito de reembolso, quando for o caso. Em caso de inexistência de margem consignável ou da impossibilidade de efetivação da consignação, autorizo a Aliança Administradora a realizar o débito em conta no valor devido.

Caso seja cliente de débito em conta do Banco do Brasil, com o objetivo de agilizarmos o envio ao RH, das informações referentes ao pagamento da mensalidade do seu Plano de Saúde, solicitamos que realize junto aos Terminais de Auto Atendimento do Banco do Brasil ou pelo site [www.bb.com.br](http://www.bb.com.br) a autorização para cobrança via Débito em Conta da mensalidade do Plano de Saúde. Excepcionalmente a cobrança de sua 1ª mensalidade, poderá ser realizada por meio de boleto bancário.

Local e Data

Assinatura do Titular da Conta Bancária

Local e Data

Assinatura do Titular



### 7. CORRETORA AUTORIZADA

Nome da Corretora	CNPJ da Corretora
Nome do Angariador	Cód. Angariador
CPF do Angariador	Cód.Equ., Equipe de Vendas

### 8. MÍDIA

Assinale como você conheceu a Aliança:

- |   |  |  |                                   |   |
|---|--|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Banner/Cartazes  | <input type="checkbox"/> Indicação de Amigo    | <input type="checkbox"/> Mobiliário Urbano | <input type="checkbox"/> Folhetos | <input type="checkbox"/> Jornal             |
| <input type="checkbox"/> E-mail Marketing | <input type="checkbox"/> Indicação da Entidade | <input type="checkbox"/> Site Entidade     | <input type="checkbox"/> Google   | <input type="checkbox"/> Mala Direta        |
| <input type="checkbox"/> SMS              | <input type="checkbox"/> Informativo Entidade  | <input type="checkbox"/> TV                | <input type="checkbox"/> Rádio    | <input type="checkbox"/> Outdoor/Frontlight |

### 9. AUTORIZAÇÕES

Autorizo a ALIANÇA ADMINISTRADORA, como estipulante do meu plano de assistência à saúde coletivo por adesão contratado, a que proceda à cobrança da mensalidade do beneficiário correspondente aos serviços de assistência à saúde e gestão, na forma prevista no item 6 (seis) da presente proposta.

Autorizo a ALIANÇA ADMINISTRADORA a enviar comunicações e informações sobre o plano contratado, outros produtos de assistência à saúde, bem como dados relativos ao pagamento da mensalidade pelo e-mail indicado nesta proposta ou por SMS (Short Message Service).

### 10. CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO

10.1. A presente proposta é para adesão a um "contrato coletivo por adesão" estipulado pela ALIANÇA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE S.A., CNPJ 08.407.581/0001-92, doravante denominada ALIANÇA ADMINISTRADORA, com a operadora ou seguradora, decorrente do contrato firmado com a PESSOA JURÍDICA LEGITIMADA identificada nesta proposta de adesão como PESSOA JURÍDICA. Tal contrato coletivo por adesão destina-se exclusivamente às pessoas físicas que mantenham vínculo profissional, classista ou setorial com a PESSOA JURÍDICA. Não se trata, portanto, de adesão a um plano individual com a operadora ou seguradora definida nesta proposta de adesão.

10.2. A ALIANÇA ADMINISTRADORA é investida de todos os poderes inerentes à função de estipulante, dentre outros, para representar os beneficiários que aderirem ao plano no cumprimento ou nas alterações das cláusulas contratuais, bem como no reajuste ou modificação dos valores das mensalidades.

10.2.1. Ao assumir a condição de beneficiário titular, por meio da assinatura da presente proposta, este outorga à ALIANÇA ADMINISTRADORA amplos poderes para representá-lo, assim como ao(s) seu(s) beneficiário(s) dependente(s), perante a operadora e outros órgãos, em especial a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no cumprimento e/ou nas alterações dos benefícios, bem como nos reajustes dos seus valores mensais.

10.3. A adesão do proponente titular é voluntária e facultativa.

10.4. A aprovação do proponente titular e dos dependentes está condicionada à análise da vinculação à PESSOA JURÍDICA e da condição de dependência. Se forem constatadas irregularidades, eventual recusa deverá ser apresentada ao proponente titular em até 15 (quinze) dias do recebimento desta proposta na ALIANÇA ADMINISTRADORA.

10.5. As condições do contrato firmado entre a PESSOA JURÍDICA e a ALIANÇA ADMINISTRADORA, bem como suas particularidades quanto aos planos ofertados pelas operadoras, no que diz respeito a cobertura, inclusive em relação à cláusula de cobertura parcial temporária, prazos de carências, despesas não cobertas, formas de reajuste ou modificação das mensalidades, exclusão do plano coletivo por adesão ou rescisão do contrato firmado com a PESSOA JURÍDICA são de conhecimento do proponente titular.

10.5.1. O plano de assistência à saúde contratado 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 Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID--

Local e Data

Assinatura do Titular



## 10. CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO

10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), observada a abrangência das condições gerais do plano de assistência à saúde.

10.5.2. As coberturas excluídas do plano são aquelas que não se incluem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, nem nas coberturas adicionais eventualmente oferecidas pelo plano contratado, bem como as despesas não cobertas citadas na Lei nº 9.656, de 1998, e nas normas regulamentares da ANS.

10.5.3. Poderão depender de autorização prévia pela operadora de planos de saúde a realização de alguns procedimentos, tais como serviços auxiliares de diagnose, serviços auxiliares de terapia, serviços ambulatoriais, internações e remoções, conforme condições do plano de saúde contratado.

10.5.4. As condições de carência também seguem as disposições normativas da ANS e, no caso de promoções, serão especificadas e apresentadas por meio de formulário de promoção de carência, instrumento anexo a esta proposta.

10.5.5. As condições de cobertura parcial temporária estão descritas no item 11 (onze) da presente proposta.

10.6. Após a aprovação desta proposta, a cobertura assistencial contratada terá início na data especificada no item 4 (quatro), localizado nesta proposta de adesão.

10.6.1. Em se tratando de portabilidade, a aceitação desta proposta pela operadora de destino extingue o vínculo do proponente titular com o plano de origem, na forma da regulamentação em vigor.

10.6.2. A validade desta proposta de adesão está condicionada à entrega de toda a documentação exigida por lei, pelas normativas da ANS e pela PESSOA JURÍDICA a qual está vinculado o proponente titular.

10.6.3. Caso o recebimento da documentação não ocorra no prazo de movimentação cadastral de que trata o item 10.12.1 (dez ponto doze ponto um), o início da cobertura assistencial contratada será postergado para o primeiro dia do mês subsequente ao recebimento da documentação, limitado a 30 (trinta) dias contados da data indicada no item 4 (quatro) desta proposta. Após esse período será necessário o preenchimento de nova proposta.

10.7. A data de vencimento da mensalidade e da coparticipação, quando houver, bem como a forma de pagamento são as definidas no item 6 (seis) localizado nesta proposta de adesão. Caso o pagamento da mensalidade e da coparticipação não ocorram no vencimento estipulado, o beneficiário titular deverá contatar a ALIANÇA ADMINISTRADORA nos locais e pelos meios indicados no item 10.12.2 (dez ponto doze ponto dois), no máximo até 5 (cinco) dias após o vencimento.

10.8. O atraso do pagamento da mensalidade e da coparticipação, esta quando houver, e suas consequências, diferem das regras previstas para os planos individuais. Em caso de atraso no pagamento de mensalidade ou coparticipação, além da exclusão prevista no item 10.9 (dez ponto nove) desta proposta e da possibilidade de inscrição do responsável em sistemas de proteção ao crédito, o valor não pago será corrigido monetariamente pelo IGPMFGV ou outro índice que venha substituí-lo, acrescido de juros de 1% a.m (um por cento ao mês), 2% (dois por cento) de multa sobre o débito, despesas com cobrança por empresa especializada e honorários advocatícios.

10.9. A PESSOA JURÍDICA e a ALIANÇA ADMINISTRADORA poderão proceder a exclusão do plano do beneficiário titular e dos dependentes nos seguintes casos: (I) falta de quitação da mensalidade e da coparticipação, esta quando houver, no prazo de 30 (trinta) dias de seu vencimento; (II) perda do vínculo profissional, classista ou setorial com a PESSOA JURÍDICA; (III) por solicitação do beneficiário titular; (IV) por óbito, a partir da data de sua comunicação à ADMINISTRADORA; (V) por fraude; (VI) pela rescisão do contrato entre a PESSOA JURÍDICA e a ALIANÇA ADMINISTRADORA e, a exclusão dos dependentes, pela perda da condição de dependência, sem prejuízo de a PESSOA JURÍDICA e/ou a ALIANÇA ADMINISTRADORA também procederem as exclusões passíveis de serem aplicadas pela operadora/seguradora responsável pelo plano oferecido.

10.10. No caso de exclusão do beneficiário titular ou dos dependentes do plano, a cobertura de serviços será totalmente encerrada no último dia da vigência em que for efetivada a exclusão, observado o calendário de movimentação cadastral, sem prejuízo da cobrança de débitos pendentes.

10.11. Se houver cancelamento por solicitação do beneficiário titular ou pelos motivos constantes do item 10.9 (dez ponto nove) desta proposta, os cartões de identificação do beneficiário titular e dos dependentes deverão ser devolvidos à ALIANÇA ADMINISTRADORA no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, a partir do cancelamento ou da exclusão. A responsabilidade civil, criminal e financeira pela utilização indevida do plano, incluindo por

Local e Data

Assinatura do Titular

## 10. CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO

terceiros, com ou sem consentimento do beneficiário titular, e o pagamento pelos procedimentos realizados após o cancelamento ou exclusão do plano são de responsabilidade do beneficiário titular.

10.11.1. A segunda via dos cartões de identificação será objeto de cobrança ao beneficiário, cujo valor será informado no momento da solicitação.

10.12. As alterações cadastrais, principalmente de endereço, endereço eletrônico e conta bancária para débito, quando for o caso, deverão ser comunicadas formalmente à ALIANÇA ADMINISTRADORA, assumindo o beneficiário titular a responsabilidade pela incorreção das informações ou sua não informação.

10.12.1. A solicitação de alteração cadastral, de inclusão e de exclusão em um dos planos deverá ser efetivada no prazo descrito no item 6 (seis) do Anexo I desta proposta de adesão.

10.12.2. A solicitação de inclusão deverá ser formalizada em formulário específico, entregue em via original assinada, acompanhada de cópia dos documentos comprobatórios das informações prestadas, e deverá ser enviada por correspondência à ALIANÇA ADMINISTRADORA, aos cuidados do Departamento de Cadastro, situada no SCN Quadra 05, Bloco A, Torre Norte, Sala 418, Edifício Brasília Shopping, BrasíliaDF, CEP: 70.715900; telefone: 3004 7010 (Capitais e Regiões Metropolitanas) e 0800 603 7007 (Demais Regiões). As demais solicitações poderão ser encaminhadas por correios, no endereço aqui indicado; por fax: (61) 2103-7058; ou por e-mail: [aceitacao@aliancaadm.com.br](mailto:aceitacao@aliancaadm.com.br) para novas inclusões e adesões; [cancelamentos@aliancaadm.com.br](mailto:cancelamentos@aliancaadm.com.br) para cancelamentos e [alteracaocadastral@aliancaadm.com.br](mailto:alteracaocadastral@aliancaadm.com.br) para alteração cadastral, (com documentação digitalizada).

**10.12.3. A solicitação de cancelamento do plano deverá ser formalizada por documento escrito, entregue em via original assinada pelo beneficiário titular, aos cuidados do Departamento de Cadastro da ALIANÇA ADMINISTRADORA, situado no SCN Quadra 05, Bloco A, Torre Norte, Sala 418, Edifício Brasília Shopping, Brasília-DF, CEP: 70.715-900.**

10.13. A mensalidade do plano de assistência à saúde sofrerá alteração nos seguintes casos:

10.13.1. Anualmente, o reajuste da mensalidade do plano ocorrerá no aniversário do contrato firmado entre a PESSOA JURÍDICA e a ALIANÇA ADMINISTRADORA, independente da data de inclusão do beneficiário titular e dos dependentes, e observará, cumulativamente, no período dos 12 (doze) meses anteriores, os critérios descritos no Anexo I da presente proposta.

10.13.2. A qualquer momento, o valor da mensalidade do plano de assistência à saúde será modificado caso ocorra mudança de faixa etária do beneficiário titular e dos dependentes, de acordo com os preços praticados na nova faixa etária alcançada, no mês seguinte ao seu aniversário, de acordo com tabela própria da operadora/seguradora que acompanha a presente proposta (Anexo I), conforme previsto no art. 22 da RN ANS nº 195/2009.

10.14. O plano coletivo por adesão de assistência à saúde contratado na forma da presente não está sujeito aos índices de reajuste fixados pela ANS para planos individuais.

10.15. O Foro para dirimir quaisquer questões oriundas da presente proposta é o do domicílio do proponente titular.

Local e Data

Assinatura do Titular

**11. CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIOS**

Prezado(a) Beneficiário(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 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 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 - 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**.

**Intermediário entre a operadora e o beneficiário:**

\_\_\_\_\_  
Nome Completo

\_\_\_\_\_  
CPF

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**Beneficiário:**

\_\_\_\_\_  
Nome Completo

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Local e Data

**12. DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

Com o propósito de atender à operadora escolhida, o beneficiário titular deverá preencher e assinar a declaração de saúde consoante modelo aprovado pelas operadoras contratadas pela ALIANÇA ADMINISTRADORA, registrando todas as informações sobre doenças de que seja portador e das quais tenha conhecimento, com relação a si e aos dependentes que incluir no plano.

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

12.1. Para o preenchimento da Declaração de Saúde, o beneficiário titular deverá observar as orientações da Carta de Orientação ao Beneficiário, entregue neste ato, tendo a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico da operadora ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

12.2. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente será aplicada pela operadora a cobertura parcial temporária (CPT), na forma determinada pela Lei nº 9.656/98 e sua atualização.

12.2.1. Doenças ou lesões preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e o inciso IX do artigo 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000;

12.2.2. 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;

12.2.3. Agravamento 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.

**PREENCHIMENTO**

Os campos de 1 a 28 deverão ser preenchidos com S (SIM) ou N (NÃO). Caso um ou mais itens sejam afirmativos, esclareça-os no quadro complementar no final deste questionário.

		Titular	Dependentes			
			1º	2º	3º	4º
Declare o peso atual.						
Declare a altura.						
1	Tem ou teve alguma doença do aparelho respiratório, tal como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite, enfisema ou outra?					
2	Tem ou teve alguma doença oftalmológica, tal como catarata, glaucoma, astigmatismo, miopia, hipermetropia ou outra? Usa óculos ou lentes de contato? Fez cirurgia refrativa?					
3	Tem ou teve alguma doença do ouvido, nariz ou garganta, tal como sinusite, desvio de septo, amigdalite, otite ou outra?					
4	Tem ou teve alguma doença neurológica, tal como acidente vascular cerebral (derrame), doença de Parkinson, epilepsia, paralisia cerebral, Alzheimer, esclerose múltipla ou outra?					
5	Tem ou teve hipertensão arterial (pressão alta)?					
6	Tem ou teve alguma doença cardiovascular, tal como angina, infarto do miocárdio, cardiopatia ou outra?					
7	Tem ou teve doença das veias e artérias (varizes, trombozes, aneurismas, hemorróidas, má circulação entre outras?)					
8	Tem ou teve alguma prótese e/ou órtese, tal como marca-passo, prótese ortopédica, válvula cardíaca, stent ou outra?					
9	Tem ou teve diabetes?					
10	Tem ou teve alguma doença urológica ou renal, tal como cálculo renal, insuficiência renal, doença de próstata, varicocele ou outra?					

Local e Data

Assinatura do Titular

**12. DECLARAÇÃO DE SAÚDE (preenchimento dispensado para planos de assistência odontológica)**

		Titular	Dependentes			
			1º	2º	3º	4º
11	Tem ou teve alguma doença gastroenterológica, tal como úlcera, cirrose hepática, pancreatite, doença inflamatória intestinal ou outra?					
12	Tem ou teve hérnias (hiato, inguinal, umbilical, incisional, entre outras)?					
13	Tem ou teve alguma doença sexualmente transmissível ou outra doença infectocontagiosa, tal como AIDS, doenças venéreas, hepatite, meningite, tuberculose ou outra?					
14	Tem ou teve câncer? Em que órgão? Apresenta metástases?					
15	Tem ou teve doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfoma, anemia falciforme, talassemia, entre outras)?					
16	Submeteu-se a algum tipo de tratamento à base de quimioterapia, radioterapia, diálise ou litotripsia?					
17	Tem ou teve alguma doença ortopédica, tal como hérnia de disco, escoliose, cifose, artrose, osteomielite ou outra?					
18	Tem ou teve alguma doença reumática, tal como artrite, lúpus, tendinite, gota ou outra?					
19	Tem ou teve alguma doença endocrinológica, tal como hipotireoidismo, tireoidite, obesidade ou outra?					
20	Tem ou teve alguma doença ginecológica, tal como mioma uterino, cisto de ovário, nódulo de mama, prolapso genital ou outra?					
21	Tem ou teve indicação para submeter-se a algum tratamento clínico ou cirúrgico?					
22	Tem ou teve alguma doença ou deformidade congênita ou hereditária? Se sim, informe qual.					
23	Está grávida? Se sim, informe o tempo de gravidez.					
24	Tem ou teve alguma doença psiquiátrica, tal como depressão, esquizofrenia, demência, alcoolismo, dependência de drogas ou outra?					
25	É transplantado ou tem indicação de submeter-se a algum tipo de transplante?					
26	Tem ou teve alguma seqüela provocada por doença ou acidente?					
27	Tem ou teve qualquer outra deficiência de órgãos, membros ou sentidos?					
28	Tem ou teve alguma doença não relacionada nas perguntas anteriores?					

Caso tenha assinalado afirmativamente qualquer das questões acima, esclareça os itens correspondentes, informando época do diagnóstico, tratamentos já realizados e sua respectiva duração, complicações, data de cirurgias (se houver) e quaisquer informações pertinentes.

Item	Código do Proponente	Esclarecimentos

Local e Data

Assinatura do Titular



**13. ENTREVISTA QUALIFICADA (preenchimento dispensado para planos de assistência odontológica)**

- ( ) 1. Declaro que fui orientado por médico referenciado da operadora no preenchimento da declaração de saúde, item 12 (doze) desta proposta.
- ( ) 2. Declaro que fui orientado pelo meu médico particular, não referenciado da operadora, no preenchimento da declaração de saúde, item 12 (doze) desta proposta.
- ( ) 3. Declaro que me foram oferecidas as opções 1 e 2 acima especificadas e, que tendo conhecimento de todos os itens da declaração de saúde, deixei de fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

Local e Data

Assinatura do Médico Orientador, se for o caso

CRM, se for o caso

**14. DECLARAÇÕES DO PROPONENTE**

14.1. Na qualidade de proponente declaro que ao preencher e assinar a declaração de saúde assumo a inteira responsabilidade por qualquer omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas informações aqui prestadas, minha e de meus dependentes, desde que seja comprovada na ANS, mediante processo administrativo, podendo acarretar a suspensão ou cancelamento do benefício. Nesse caso, como beneficiário, serei responsável pelo pagamento de eventuais despesas realizadas com tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que eu tiver recebido o comunicado/notificação, sobre a existência de doença ou lesão não declarada.

14.2. Declaro que eu e meus dependentes temos ciência de como proceder à correta utilização do cartão de identificação e me responsabilizo pela utilização indevida, entre outros, nos casos de perda, extravio, utilização por terceiros, bem como, utilização posterior à vigência do contrato ou exclusão, por mim e/ou meus respectivos dependentes eventualmente inscritos.

14.3. Declaro ter recebido informações suficientes para a perfeita compreensão do plano de assistência à saúde que estou firmando com a operadora/seguradora, entre outras e especialmente sobre: a) coberturas, exclusões e coberturas opcionais oferecidas; b) períodos de carência e de cobertura parcial temporária; c) procedimentos a serem adotados para obter eficiência nos atendimentos; d) abrangência da cobertura dos produtos; e) critérios de reajustes e variações pecuniárias a serem aplicados às mensalidades fixadas; f) coparticipação nas despesas, quando houver; g) condições em que serão prestados os atendimentos; e h) redes assistenciais. Declaro, também, que recebi e li o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, previamente à assinatura da proposta de adesão, bem como o Guia de Leitura Contratual – GLC. Declaro, ainda, que recebi e li, antes do preenchimento da Declaração de Saúde, a Carta de Orientação ao Beneficiário, que integra a presente proposta. O cartão de identificação e a lista de prestadores médicos e hospitalares, disponibilizada em meio magnético (CD) ou em acesso ao site da operadora/seguradora responsável pelo plano, serão enviados após a aceitação de meu registro e de meus dependentes pela operadora/seguradora.

14.4. Declaro que antes de optar pelo plano descrito nesta proposta de adesão me foi oferecido e fui esclarecido sobre as condições do plano referência, que foi instituído pela Lei 9.656/98 como padrão da assistência médico-hospitalar e que abrange o atendimento em consultórios e internação em padrão enfermagem, com direito a parto, a UTI e a todos os exames e tratamentos necessários para diagnosticar ou tratar o problema de saúde, mas que optei pela contratação do plano descrito nesta proposta.

14.5. Declaro que as informações prestadas neste formulário são absolutamente verdadeiras e completas, me responsabilizando, assim, civil e criminalmente, por mim e meus dependentes. Se estiver omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor da mensalidade, perderei todo e qualquer direito inerente ao presente contrato coletivo por adesão ao qual tenha aderido; e autorizo desde já, a ALIANÇA ADMINISTRADORA e/ou a operadora/seguradora contratada a solicitar, a qualquer tempo, documentos comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas, bem como acessar as informações sobre a utilização do meu plano de assistência à saúde, observadas as normas regulatórias em vigor.

14.6. Declaro, ainda, que tomei ciência das condições necessárias a presente adesão, bem como dos valores estipulados para o produto escolhido por mim e meus dependentes.

Local e Data

Assinatura do Titular

**1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA SUBESTIPULANTE**

Razão Social-Pessoa Jurídica Subestipulante  
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES DA JUSTICA

CNPJ - Pessoa Jurídica Subestipulante: 04.435.721/0001-85      Data de Vigência: \_\_\_\_\_      Lotação (se houver): \_\_\_\_\_

Entidade Vinculada (se houver): \_\_\_\_\_

**2. PROPONENTE TITULAR**

Nome Completo: \_\_\_\_\_      CPF: \_\_\_\_\_

**3. PLANO PRETENDIDO**

Operadora - Razão Social: UNIMED FESP      Reg. Oper. - ANS: \_\_\_\_\_

Nome do Plano Escolhido: \_\_\_\_\_      Registro do Plano - ANS: \_\_\_\_\_

**4. REAJUSTE**

Anualmente o reajuste da mensalidade do plano ocorrerá no mês de Julho (para os produtos Adesão Básico e Especial), em Setembro (para os produtos Uniplan Básico e Uniplan Especial) e em Outubro (para os produtos Adesão Master Estadual e Adesão Master Nacional) independente da data de inclusão do beneficiário titular e dos dependentes, e observará, cumulativamente, no período dos 12 (doze) meses anteriores, os seguintes critérios:

4.1. Reajuste Financeiro: de acordo com a variação financeira dos custos médicos, hospitalares e ambulatoriais ou odontológicos, bem como despesas operacionais, comerciais e financeiras na prestação de serviços pela administradora, operadora ou seguradora;

4.2. Reajuste por Sinistralidade: com a revisão da taxa de sinistralidade, visando à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato firmado entre a PESSOA JURÍDICA e a ALIANÇA ADMINISTRADORA, conforme índice calculado com base na fórmula abaixo:

$$IR = [(Ec/Mr/Is)-1] \times 100$$

IR = índice de reajuste das mensalidades

Ec = somatório das despesas médicas, hospitalares e ambulatoriais ou odontológicas dos beneficiários

Mr = somatório das mensalidades efetivamente recebidas pela operadora/seguradora do plano de assistência à saúde

Is = índice de sinistralidade/ índice de equilíbrio de sinistro contratado definido em contrato entre a operadora e a administradora

4.3. Caso o mês de aplicação do reajuste da mensalidade do plano contratado pelo beneficiário coincida com o mês de início de vigência, poderá ser verificada diferença no preço informado na data da assinatura da Proposta de Adesão com o preço cobrado pela primeira mensalidade, em razão do lapso temporal existente entre a data limite do calendário de movimentação cadastral e a data de início de vigência coincidente com a data base do contrato.

**5. VARIAÇÃO POR MODIFICAÇÃO DA FAIXA ETÁRIA**

Produto	Abrangência	Acomod.	Copart.	0 a 18 anos	19 a 23 anos	24 a 28 anos	29 a 33 anos	34 a 38 anos	39 a 43 anos	44 a 48 anos	49 a 53 anos	54 a 58 anos	59 anos ou mais
ADESAO BASICO	ESTADUAL	ENFER.	SEM	0,00%	46,03%	0,00%	11,54%	0,00%	39,19%	11,11%	34,93%	34,98%	30,79%
ADESAO ESPECIAL	ESTADUAL	APART.	SEM	0,00%	46,03%	0,00%	11,53%	0,00%	39,20%	11,11%	34,92%	34,99%	30,79%
ADESAO MASTER	ESTADUAL	APART.	SEM	0,00%	46,04%	0,00%	11,52%	0,00%	39,21%	11,11%	34,92%	34,99%	30,79%
ADESAO MASTER NACION	NACIONAL	APART.	SEM	0,00%	48,04%	9,99%	9,98%	10,02%	34,99%	12,00%	22,00%	34,99%	22,32%
UNIPLAN BASICO	NACIONAL	ENFER.	SEM	0,00%	48,01%	10,00%	10,00%	9,99%	35,01%	12,00%	22,01%	34,99%	22,29%
UNIPLAN ESPECIAL	NACIONAL	APART.	SEM	0,00%	48,03%	9,99%	9,98%	10,02%	34,99%	12,01%	22,00%	34,99%	22,32%

**6. ALTERAÇÃO CADASTRAL**

A solicitação de alteração cadastral, de inclusão e de exclusão no plano deverá ser recebida até o dia 15 (quinze) do mês anterior ao da vigência. A solicitação que for recebida entre o dia 16 (dezesesseis) de um determinado mês e o dia 15 (quinze) do mês subsequente, ocorrerá somente a partir do dia 1º (primeiro) do mês que o suceder.

Declaro que tenho ciência e concordo com o critério de reajuste, com a modificação do valor por faixa etária das mensalidades e com os prazos para as modificações cadastrais de meu plano de assistência à saúde e de meu(s) dependente(s), conforme descrito acima.

**7. PAGAMENTO DA PRIMEIRA MENSALIDADE (exclusivo para clientes do plano de assistência médica, advindos da GEAP ou da ALIANÇA ADMINISTRADORA que efetuavam o pagamento do plano de saúde de origem no mês seguinte ao da cobertura)**

Declaro que estou ciente que o pagamento da mensalidade relativa ao plano de assistência à saúde escolhido ocorrerá no mês da cobertura do benefício, na forma e no vencimento indicados no item 6 (seis) da minha proposta de adesão.

Declaro ainda que, na condição de beneficiário advindo da GEAP ou da ALIANÇA ADMINISTRADORA, estou ciente que o pagamento da primeira mensalidade do plano de assistência à saúde será efetuado em até 04 (quatro) parcelas mensais, contados a partir do primeiro

Local e data

Assinatura



mês de cobertura, somente por meio de débito em conta ou boleto bancário.

OBS.: A condição de vínculo com a GEAP está sujeita à validação na relação enviada pelo RH do órgão.

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura

### 1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA SUBESTIPULANTE

Razão Social-Pessoa Jurídica Subestipulante

CNPJ - Pessoa Jurídica Subestipulante

Data de Vigência

Lotação (se houver)

Entidade Vinculada (se houver)

### 2. PROPONENTE TITULAR

Nome Completo

CPF

### 3. PLANO PRETENDIDO

Operadora - Razão Social

Reg. Oper. - ANS

Nome do Plano Escolhido

Registro do Plano - ANS

### Movimentação Cadastral

A solicitação de alteração cadastral, de inclusão e de exclusão no plano, deverá ser recebida até o dia 15 (quinze) do mês anterior ao que terá vigência o objeto do pedido.

Caso a solicitação seja recebida após essa data, ou seja, entre o dia 16 (dezesesseis) do referido mês e o dia 15 (quinze) do mês seguinte, somente terá vigência no 1º (primeiro) dia do mês que suceder este último prazo.

Esse calendário tem o objetivo de possibilitar a observância dos calendários de faturamento (processamento da cobrança do cliente e pagamento à operadora do plano contratado), de acordo com as respectivas formas de pagamento das mensalidades, em especial, a consignação em folha de pagamento, bem como não inviabilizar o recebimento do auxílio-saúde pelo beneficiário, benefício este pago somente mediante comprovação do pagamento do plano, em razão da natureza indenizatória.

### Declaração do Proponente

Declaro que estou ciente das condições expostas neste Anexo e concordo que, se a solicitação de inclusão, alteração ou exclusão do plano de saúde contratado for efetuada a partir do dia 16 (dezesesseis) de determinado mês até o último dia do mesmo mês, a cobertura dos serviços prestados será:

- Iniciada a partir do 1º (primeiro) dia do segundo mês que suceder a data da referida solicitação;
- Alterada, conforme pedido de alteração, a partir do 1º (primeiro) dia do segundo mês que suceder à referida solicitação;
- Encerrada no último dia do mês seguinte ao mês da solicitação, sendo que a cobertura dos serviços prestados será assegurada até esta data e, portanto, serei responsável pelo pagamento da mensalidade correspondente ao último mês de cobertura (aquele que sucede o mês da solicitação de cancelamento).

Declaro ainda que estou ciente que a solicitação de inclusão, alteração ou exclusão do plano de saúde contratado, efetuada entre o 1º (primeiro) dia de um determinado mês e o dia 15 (quinze) do mesmo mês, terá vigência no primeiro dia do mês imediatamente posterior à solicitação, para inclusões e alterações, ou, no caso de cancelamento, implicará em garantia de cobertura dos serviços prestados até o último dia do mesmo mês da solicitação, sendo devida a mensalidade integral do mês em referência.

O presente anexo é parte integrante da proposta de adesão.

Local e data

Assinatura

