

Início de vigência:

Área de comercialização:

Essa proposta é válida em todo o estado do Rio de Janeiro

Mês de reajuste do contrato

SETEMBRO

Nome do Estipulante conveniado:

Linha de produtos ofertada

SAÚDE

ACOMODAÇÃO COLETIVA		
Segmentação assistencial: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia		
Nº Registro		Produto Caberj Integral Saúde
☐	460.922/09-1	Essencial A
ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL		
Segmentação assistencial: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia		
Nº Registro		Produto Caberj Integral Saúde
☐	460.960/09-3	Mais A
☐	460.973/09-5	Multi A
☐	473.250/15-2	Total A

DENTAL

PLANO ODONTOLÓGICO		
Nº Registro	Nome Comercial	
☐ 498.240/24-1	DENTAL BÁSICO	
☐ 498.239/24-8	DENTAL ESPECIAL	

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

PLANOS	REGIÃO
Essencial A Mais A Multi A Total A	Cobertura no Estado do Rio de Janeiro, com reciprocidade pela rede indireta da Central Nacional Unimed (CNU) para atendimentos nos demais estados.
INTEGRAL ADESAO REFERÊNCIA	GRUPO DE MUNICÍPIOS: Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Nilópolis, Niterói, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Petrópolis, Resende, Rio das Ostras, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, Teresópolis e Volta Redonda.
Dental Básico Dental Especial	GRUPO DE MUNICÍPIOS: Duque de Caxias, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti

PLANO REFERÊNCIA

Segmentação assistencial: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia		
SEM COPARTICIPAÇÃO		
Nº Registro	Cód. Int.	Nome Comercial
☐ 489.949/21-1	0173	INTEGRAL ADESAO REFERÊNCIA

DECLARAÇÃO PLANO REFERÊNCIA

☐ Declaro que me foi ofertado, como primeira opção de contratação Referência, o plano Integral Adesão Referência (489.949/21-1), de acordo com a Lei nº 9.656/98 e alterações posteriores, mas optei pela contratação do Plano selecionado anteriormente, conforme assinalado por mim na folha 01 desta Proposta

DADOS PROPONENTE TITULAR

Nome completo e sem abreviações

CPF	Profissão	Cartão Nacional de Saúde (SUS)
-----	-----------	--------------------------------

Nome completo da mãe e sem abreviações

Código do PIS/PASEP	Estado civil ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐ Outros	Data de nascimento
---------------------	--	--------------------

Sexo ☐ M ☐ F	Haverá inclusão de dependentes no contrato? ☐ Sim ☐ Não	Estado (UF) e Município de nascimento
---	--	---------------------------------------

Profissão / formação:	Cargo / função / ocupação:
-----------------------	----------------------------

Nº de registro / inscrição na entidade:	Nº de registro / inscrição no conselho regional / federal (quando aplicável)
---	--

ENDEREÇO RESIDENCIAL

CEP	Logradouro
-----	------------

Número	Complemento	Bairro	Município	UF
--------	-------------	--------	-----------	----

DDD	Telefone residencial	DDD	Telefone celular	DDD	Telefone comercial	Ramal
-----	----------------------	-----	------------------	-----	--------------------	-------

E-mail

DADOS DO RESPONSÁVEL *(Preencher somente quando o proponente for menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz)*

Nome completo e sem abreviações

CPF	Estado civil ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐ Outros	Data de nascimento
-----	--	--------------------

Sexo ☐ M ☐ F	Grau de parentesco ☐ Cônjuge ☐ Filho/filha ☐ Outros
---	---

RELAÇÃO DOS DEPENDENTES

DEPENDENTE 01

Nome completo e sem abreviações

CPF

Cartão Nacional de Saúde (SUS)

DN - Declaração de Nascido Vivo (exigido para nascidos a partir de 1/1/2010)

Estado civil

☐ Solteiro☐ Casado☐ Separado☐ Viúvo☐ Divorciado☐ Outros

Data de nascimento

Sexo

☐ M☐ F

Grau de Parentesco

☐ Cônjuge☐ Filho/filha☐ Outros

Estado (UF) e Município de nascimento

Nome completo da mãe e sem abreviações

Código do PIS/PASEP

DDD

Telefone residencial

DDD

Telefone celular

E-mail

DEPENDENTE 02

Nome completo e sem abreviações

CPF

Cartão Nacional de Saúde (SUS)

DN - Declaração de Nascido Vivo (exigido para nascidos a partir de 1/1/2010)

Estado civil

☐ Solteiro☐ Casado☐ Separado☐ Viúvo☐ Divorciado☐ Outros

Data de nascimento

Sexo

☐ M☐ F

Grau de Parentesco

☐ Cônjuge☐ Filho/filha☐ Outros

Estado (UF) e Município de nascimento

Nome completo da mãe e sem abreviações

Código do PIS/PASEP

DDD

Telefone residencial

DDD

Telefone celular

E-mail

DEPENDENTE 03

Nome completo e sem abreviações

CPF

Cartão Nacional de Saúde (SUS)

DN - Declaração de Nascido Vivo (exigido para nascidos a partir de 1/1/2010)

Estado civil

☐ Solteiro☐ Casado☐ Separado☐ Viúvo☐ Divorciado☐ Outros

Data de nascimento

Sexo

☐ M☐ F

Grau de Parentesco

☐ Cônjuge☐ Filho/filha☐ Outros

Estado (UF) e Município de nascimento

Nome completo da mãe e sem abreviações

Código do PIS/PASEP

DDD

Telefone residencial

DDD

Telefone celular

E-mail

RELAÇÃO DOS DEPENDENTES

DEPENDENTE 04

Nome completo e sem abreviações

CPF	Cartão Nacional de Saúde (SUS)	DN - Declaração de Nascido Vivo (exigido para nascidos a partir de 1/1/2010)
-----	--------------------------------	---

Estado civil

☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐ Outros

Data de nascimento

Sexo

☐ M ☐ F

Grau de Parentesco

☐ Cônjuge ☐ Filho/filha ☐ Outros

Estado (UF) e Município de nascimento

Nome completo da mãe e sem abreviações

Código do PIS/PASEP

DDD	Telefone residencial	DDD	Telefone celular	E-mail
-----	----------------------	-----	------------------	--------

DEPENDENTE 05

Nome completo e sem abreviações

CPF	Cartão Nacional de Saúde (SUS)	DN - Declaração de Nascido Vivo (exigido para nascidos a partir de 1/1/2010)
-----	--------------------------------	---

Estado civil

☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐ Outros

Data de nascimento

Sexo

☐ M ☐ F

Grau de Parentesco

☐ Cônjuge ☐ Filho/filha ☐ Outros

Estado (UF) e Município de nascimento

Nome completo da mãe e sem abreviações

Código do PIS/PASEP

DDD	Telefone residencial	DDD	Telefone celular	E-mail
-----	----------------------	-----	------------------	--------

DADOS DE REEMBOLSO

Banco (Código) _____ Nome do Banco _____ Agência _____ CC _____ DV _____

Autorizo a

INTEGRAL SAÚDE S.A. a depositar, na conta corrente por mim indicada acima, os valores de reembolso das despesas cobertas pela Operadora, realizadas por mim ou por meu(s) dependente(s)/agregado(s), cabendo a mim a responsabilidade de informar à

VALORES OPCIONAIS DO CONTRATO *(Opcional apenas para o produto INTEGRAL 100 E 200)*
Atendimento Domiciliar de Urgência (ADU) ☐ Sim ☐ Não**VALOR POR BENEFICIÁRIO: R\$ 18,00**

Apenas os produtos ESSENCIAL e MAIS não possuem o serviço de Atendimento Domiciliar de Urgência (ADU) em seu pacote de benefício, será cobrada uma taxa mensal junto a mensalidade dos beneficiários que optarem pela contratação do serviço. Os produtos MULTI E TOTAL já incluem o serviço ADU em seus pacotes de benefícios, sem nenhum acréscimo na mensalidade.

VALORES MENSIS PREVISTOS DE ACORDO COM A TABELA DE VENDAS VIGENTE - EM REAIS (R\$)

Proponente		Idade	Valor do Plano de Saúde	Valor ADU	Valor do Plano Odontológico	Total (somatório do Plano de Saúde, ADU e do Plano Odontológico)
Titular			R\$	R\$	R\$	R\$
Dependente	1		R\$	R\$	R\$	R\$
	2		R\$	R\$	R\$	R\$
	3		R\$	R\$	R\$	R\$
	4		R\$	R\$	R\$	R\$
	5		R\$	R\$	R\$	R\$
Atenção: Os valores indicados ao lado sofrerão mudança na incidência do: (I) reajuste financeiro: que ocorre na data do aniversário do contrato firmado entre o Estipulante e a CABERJ INTEGRAL SAÚDE ou na menor periodicidade permitida em lei; (II) reajuste por sinistralidade: que ocorre na data do aniversário do contrato firmado entre o Estipulante e a CABERJ INTEGRAL SAÚDE ou na menor periodicidade permitida em lei; e (III) reajuste por faixa etária: que ocorre quando o cliente completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava. Todos os itens anteriores podem ocorrer entre a data de assinatura desta Proposta Contratual e a data da 1ª cobrança do benefício.						R\$ Valor total dos proponentes a serem cobrados diretamente pelo Estipulante/Entidade estipulante

VIGÊNCIA E VENCIMENTO DO CONTRATO



VIGÊNCIA: 1º

VENCIMENTO: ____

Atenção: O início da vigência dos benefícios definirá a data de vencimento das mensalidades, na forma informada ao lado, ficando desde já estabelecido que a data de vencimento das mensalidades não poderá ser alterada a pedido do beneficiário.

VIGÊNCIA E VENCIMENTO DO CONTRATO

A cobrança de eventual remuneração pelos serviços prestados em razão da captação, aproximação e obtenção do resultado útil na contratação do plano de saúde e/ou plano odontológico quando proposta FOR ACEITA pelo Proponente, não se confunde e/ou substitui e/ou exclui o pagamento da primeira mensalidade devida pela cobertura assistencial aqui contratada, assim como não antecipa e/ou modificará o início da vigência previsto na folha 05/19 desta Proposta.

Declaro estar ciente e de acordo que o valor da primeira mensalidade do plano contratado será cobrado exclusivamente pelo Estipulante, por intermédio de boleto bancário, no valor fixado nas folhas 01/19 e 05/19.

Declaro estar ciente e de acordo que o início da vigência da cobertura assistencial contratada se dará na data fixada nas folhas 01 e 05/19 desta Proposta.

Cobrança

- ☐ **BOLETO BANCÁRIO**
- ☐ **AUTORIZO O ENVIO DOS BOLETOS MENSIS ATRAVÉS DO E-MAIL INFORMADO ABAIXO, EM SUBSTITUIÇÃO DO ENVIO DO BOLETO BANCÁRIO ATRAVÉS DOS CORREIOS.**

E-mail

Atenção:

Após a aceitação desta Proposta de Adesão, a primeira mensalidade será cobrada pelo Estipulante, diretamente ao Proponente Titular ou Responsável Financeiro do Contrato, por meio de boleto bancário correspondente, de acordo com os valores aqui definido.

Os dados informados serão preservados pelo Estipulante e INTEGRAL SAÚDE S.A., sendo utilizados única e exclusivamente para os fins desta Proposta, sendo vedada a sua comercialização e ou divulgação sem a anuência do cliente, conforme previsto na L.13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), parte integrante deste contrato.

Estou ciente e autorizo, reconhecendo como válida e eficaz, que o Estipulante e a Operadora façam todo tipo de comunicação relacionada ao plano contratado, incluindo, mas não se limitando a avisos, alertas, cobranças, comunicados de inadimplência, suspensão e/ou cancelamentos, dentre outros, por meio eletrônico, podendo ser por WhatsApp, e-mail, SMS ou outro meio eletrônico disponível. Para tanto, me comprometo a manter meus dados cadastrais sempre atualizados junto à Estipulante e Operadora.

Carta de orientação ao beneficiário

**ANEXO**
CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

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

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverão 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.

BENEFICIÁRIO

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

ANEXO I - MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

OPERADORA: INTEGRAL SAÚDE SA

CNPJ: 07.844.436/0001-06

Nº DE REGISTRO NA ANS: 415774

SITE: www.integralsaude.com.br

Central de Relacionamento da INTEGRAL SAÚDE: 0800 222 9961, 2ª a 6ª feira, exceto feriados de 08:00 as 17:00

0800 0263399, para associados que residam fora da região metropolitana do Rio de Janeiro, 24 horas.

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 um Estipulante, 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 Nº9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 (trezentos) dias para parto a termo e até 180 (cento e oitenta) dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 (trinta) participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contratado coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 (trinta) participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o Beneficiário ingresse no plano em até 30 (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 (trinta) dias de celebração do contrato e (2) Tenham formalizado a proposta de adesão até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato.	

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	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. 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 (vinte e quatro) meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. 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. A Operadora de plano de saúde não pode negar cobertura de procedimento relacionados a DLP não declaradas pelo Beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 (trinta) 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 sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 (trinta) participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.
		Coletivo por Adesão	
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o Beneficiário verifique: (1) Se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar 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.	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.	
REAJUSTE	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. A variação de mensalidade por mudança de faixa é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato atendendo a RN nº 63/2003.	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 os dispostos 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. O Beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 (doze) meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. 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.	

VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 (doze) meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	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 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12(doze) meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.	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. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a Operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde do Beneficiário em caso de fraude, perda do vínculo de titular de dependência ou inadimplência.

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 congênere, 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 coparticipação 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 (trinta) 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 (seis) 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 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. A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O Beneficiário tem um prazo máximo de 30 (trinta) dias, após 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 a 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 integrada, após 24 (vinte e quatro) horas, em acomodação padrão enfermária. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar 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 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) estados(s) ou municípios(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 área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contato de forma clara.

Administradora/Estipulante:

Quando houver participação do Estipulante 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 pelo Estipulante.

Para informar-se sobre estes detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site 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.



Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS
Av. Augusto Severo, 84 - Glória
Rio de Janeiro - RJ - 20021-04



**MINISTÉRIO DA
SAÚDE**

Disque-ANS: 0800-701-9556
www.ans.gov.brouvidoria@anes.gov.br

Declaração de saúde

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. A Declaração de Saúde consiste no preenchimento do formulário abaixo para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário titular e/ou seus dependentes saibam ser portadores ou sofrendores, e das quais tenham conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual.
2. Tenho ciência do direito de preencher esta Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede credenciada ou referenciados da INTEGRAL SAÚDE, sem qualquer ônus. Caso opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da INTEGRAL SAÚDE, poderá fazê-lo, desde que você se responsabilize pelos honorários médicos deste profissional.
3. Conforme disposto na RN nº 558/22 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, define-se como: a) Cobertura Parcial Temporária (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de 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; b) Agravo: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano de 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.
4. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, conhecida por você e não declarada neste formulário, pode acarretar consequências previstas na legislação, de rescisão contratual e de responsabilidades por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT (Cobertura Parcial Temporária), caso estes fatos venham a ser comprovados junto à ANS.
5. Às doenças ou lesões declaradas nesta Declaração de Saúde poderá ser oferecida a Cobertura Parcial Temporária – CPT pela INTEGRAL SAÚDE, de acordo com o prazo e as condições de suspensão de cobertura, conforme descrito no item 3.

Nome Completo do Titular: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO TITULAR, EM NOME PRÓPRIO E DE SEU(S) DEPENDENTE(S), OU PELO RESPONSÁVEL LEGAL QUANDO O TITULAR FOR MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ
Responda as seguintes perguntas com 'S' para 'SIM' ou 'N' para 'NÃO' e 'NA' quando 'NÃO APLICÁVEL' ao sexo do proponente.

PERGUNTAS

PERGUNTAS		TITULAR	Dependentes/Agregados				
			D1	D2	D3	D4	D5
1) Portador de alguma doença infecciosa ou parasitária como:							
a)	Tuberculose? CID A16						
b)	Hepatite? CID B19						
c)	AIDS ou portador do vírus HIV? CID B20						
d)	Meningite? CID A87						
e)	Hanseníase? CID A30 (Lepra)						
f)	Outros*						
2) Portador de neoplasias malignas (câncer)?							
a)	Leucemia? CID C95.9						
b)	Linfoma? CID C81						
c)	Mama? CID C50						
d)	Pele? CID 44.9						
e)	Tireoide? CID C73						
f)	Aparelho digestivo (estômago, outros)? * CID 26.8						
g)	Aparelho respiratório (pulmão, outros)? * CID 39.8						
h)	Próstata? (Somente para homens) CID 61						
i)	Útero, ovário e outros? (Somente para mulheres) CID 57.8						
j)	Trato urinário (rins, bexiga, outras)?* CID 68.9						
k)	Mieloma Múltiplo? CID 90						
l)	Outras localizações?*						

OBSERVAÇÃO: * Especifique na Tabela de Especificações de DLP, página 18

PERGUNTAS

		TITULAR	Dependentes/Agregados				
			D1	D2	D3	D4	D5
3) Portador de neoplasias benignas?							
a)	Útero (mioma)? (Somente para mulheres) CID D26						
b)	Pele (nevus)? CID D23						
c)	Outras?*						
4) Portador de doenças no sangue? Especifique							
Anemia, púrpura ou outras							
5) Portador de doenças endócrinas?							
a)	Diabetes? CID E14						
b)	Tiroide? CID E07						
c)	Emagrecimento acentuado? CID F50						
d)	Outras?*						
6) Portador de transtornos psiquiátrico mental? Especifique							
7) Portador de doenças no sistema nervoso?							
a)	Parkinson? CID G20						
b)	Alzheimer? CID G30						
c)	Epilepsia? CID G40 (Crise convulsionar)						
d)	Paralisia Cerebral? CID G80						
e)	Outras?*						
8) Portador de doenças dos olhos e anexo?							
a)	Catarata? CID H26.9						
b)	Glaucoma? CID H40						
c)	Ceratocone? CID H18.6						
d)	Miopia*? CID H52.1 (Informar o grau)*						
e)	Astigmatismo*? CID H52.2 (Informar o grau)*						
f)	Hipermetropia*? CID H52.0 (Informar o grau)*						
g)	Outras?*						
9) Portador de doenças do ouvido?							
a)	Labirintite? CID H83.0						
b)	Perda de audição? CID H91						
c)	Outras?*						

OBSERVAÇÃO: * Especifique na Tabela de Especificações de DLP, página 18

PERGUNTAS

PERGUNTAS		TITULAR	Dependentes/Agregados				
			D1	D2	D3	D4	D5
10) Portador de doenças do aparelho circulatório?							
a)	Febre reumática? CID I00						
b)	Hipertensão arterial? CID I10						
c)	Angina pectoris? CID I20						
d)	Infarto de miocárdio? CID I21						
e)	Arritmia cardíaca? CID I49						
f)	Insuficiência cardíaca? CID I50						
g)	AVC (“derrame”)? CID I64						
h)	Varizes de membros inferiores? CID I83						
i)	Hemorroidas? CID I84						
j)	Outras?*						
11) Portador de doenças do aparelho respiratório?							
a)	Rinite? CID J30.4						
b)	Sinusite? CID J32						
c)	Bronquite? CID J40						
d)	Asma? CID J45						
e)	Enfisema? CID J43						
f)	Desvio de septo nasal? CID J34.2						
g)	Outras?*						
12) Portador de doenças do aparelho digestivo?							
a)	Úlcera Péptica? CID K27						
b)	Gastrite? CID K29.7						
c)	Hérnia?* CID K46						
d)	Doença diverticular do intestino? CID K57						
e)	Cirrose hepática? CID K74						
f)	Colite? CID K51						
g)	Colelitíase(cálculo de vesícula)? CID K80						
h)	Doença de Crohn? CID K50						
i)	Outras?*						

OBSERVAÇÃO: * Especifique na Tabela de Especificações de DLP, página 18

PERGUNTAS

PERGUNTAS		TITULAR	Dependentes/Agregados				
			D1	D2	D3	D4	D5
13) Portador de doenças de pele? Especifique o local							
a)	Caroços? CID R22.9						
b)	Xantelasma (lesão nas pálpebras)? CID H02.6						
c)	Cisto? CID L72						
d)	Psoríase? CID L40						
e)	Outras?*						
14) Portador de doenças osteo muscular?							
a)	Artrite? CID M13						
b)	Artrose? CID M19						
c)	Osteoporose? CID M81						
d)	Reumatismo? CID M79.0						
e)	Escoliose? CID M41						
f)	Hérnia de disco? CID M51						
g)	Osteomielite? CID M86						
h)	Lumbago? CID 54.4						
i)	Outras?*						
15) Portador de doenças do aparelho gênito unitário?							
a)	Insuficiência renal? CID N18						
b)	Cálculo urinário? CID N20						
c)	Incontinência urinária “urina solta”? CID R32						
d)	Hiperplasia da próstata? CID N40 (Próstata aumentada - Somente para homens)						
e)	Fimose? CID N47 (Somente para homens)						
f)	Nódulo mamário? CID N63						
g)	Infertilidade? Feminina CID N46 Masculina CID N96						
h)	Cisto de ovário? CID N83.2 (Somente para mulheres)						
i)	Endometriose? CID N80 (Somente para mulheres)						
j)	Nefrite? CID N11						
k)	Outras?*						

OBSERVAÇÃO: * Especifique na Tabela de Especificações de DLP, página 18

PERGUNTAS

		TITULAR	Dependentes/Agregados				
			D1	D2	D3	D4	D5
16) Portador de doenças autoimunes?							
a)	Lupus eritematoso sistêmico? CID L93						
b)	Artrite reumatoide? CID M05.8						
c)	Esclerose múltipla? CID L93						
d)	Tireoidite de hashimoto? CID E06.3						
e)	Vitiligo? CID L80						
f)	Síndrome de Sjögren? CID M35.0						
g)	Outras?*						
17) Portador de traumatismo e/ou fraturas? Especifique*							
18) É portador de malformações congênicas (doenças de nascença)? Especifique*							
19) É portador de sequelas de acidentes, moléstia adquirida ou congênita? Especifique*							
20) Portador de alguma doença não relacionada acima, que o tenha obrigado a interna-se ou submeter-se a algum tipo de tratamento ou exame? Especifique*							
21) Tem indicação de submeter-se a alguma tipo de cirurgia? Especifique*							
22) Possui algum tipo de prótese ou órtese (placas, pinos, parafusos, marca-passo, outros)? Especifique*							
23) Histórico médico familiar.							
Tem ou teve algum familiar direto (pai, mãe, tios ou irmãos) com alguma das seguintes doenças?							
a)	Arritmias, angina, infarto ou outras doenças cardíacas						
b)	Diabetes ou taxas aumentadas de açúcar no sangue						
c)	Câncer ou outros tipos de tumores						
24) Faz algum acompanhamento médico? Especifique*							
25) Faz ou fez tratamento para dependência química (álcool ou drogas) ou doenças psiquiátricas?*							
26) Sofre/Sofreu de obesidade? CID E66							
27) Está grávida? Se sim, qual o período gestacional? (Somente para mulheres)*							
28) Peso (kg)							
29) Altura (cm)							

OBSERVAÇÃO: * Especifique na Tabela de Especificações de DLP, página 18

Havendo a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) por parte do beneficiário titular e/ou de seu(s) dependente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CTP), a qual admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e 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 relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

A Operadora se reserva o direito de não oferecer o Agravo como opção à CPT, conforme lhe faculta o artigo 6º, parágrafo primeiro, da Resolução Normativa nº 558/22 da ANS.

DEFINIÇÕES**Cobertura Parcial Temporária (CTP)**

“Considera-se Cobertura Parcial Temporária (CTP) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) 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” (Art. 5º e 6º, da Resolução nº 558/22 da ANS).

Agravo

“Considera-se Agravo como 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” (Resolução nº 558/22 da ANS).

Declaro para os devidos fins e efeitos que:

1. Autorizo a Operadora a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas, laboratórios ou a mim, exames, prontuários e outras informações necessárias a quaisquer esclarecimentos relacionados a esta Declaração de Saúde;
2. Estou ciente de que a omissão de informação sobre doença ou lesão preexistente da qual eu e/ou meu(s) dependente(s) saiba(mos) ser portador(es) na data da assinatura desta Proposta, seja por diagnóstico feito, conhecido ou em andamento, desde que seja comprovada na ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do benefício. Neste caso, como beneficiário, serei responsável pelo pagamento de eventuais despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que eu tiver recebido comunicado ou notificação, por parte da Operadora, sobre a existência de doença ou lesão não declarada.
3. Declaro que preenchi a Declaração de Saúde de todos os meus dependentes neste ato e que, sendo meus dependentes maiores de 18 (dezoito) anos, - esposo(a) ou companheiro(a), filho(a) solteiro(a) - comprometo-me a investigar as informações com eles e, havendo necessidade de alteração(ões), eu a(s) apresentarei por escrito, no prazo de 7 (sete) dias contados a partir da data de assinatura desta declaração, sob pena de não atendimento ou de exclusão do(s) beneficiário(s) dependente(s) com informações inadequadas e, até mesmo, rescisão, caso apurada a omissão;
4. Tenho conhecimento do teor do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual prevê que “se o usuário, por si ou por seu representante legal, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do plano, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao valor do plano vencido”;
5. ☐ 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.

Local e data

____/____/____

Assinatura do beneficiário titular (passível de reconhecimento em cartório)

Médico orientador (se houver)

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

CRM e assinatura do médico, sob carimbo