

**PROPOSTA DE ADEÇÃO  
PLANO DE SAÚDE  
COLETIVO POR ADEÇÃO**

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:



OPERADORA:



INÍCIO DE VIGÊNCIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N°

OPERADORA: UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOP. MÉDICAS ESTIPULANTE: EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.

( ) INCLUSÃO TITULAR ( ) INCLUSÃO DEPENDENTE

SUBESTIPULANTE: APP - SINDICATO DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO PÚBLICA DO PARANÁ

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO DO PLANO: ( ) ENFERMARIA ( ) APARTAMENTO - ABRANGÊNCIA DO PLANO: ( ) ESTADUAL - PARANÁ ( ) NACIONAL

NOME COMPLETO TITULAR

( ) NAC. COM OBSTETRÍCIA ( ) NAC. SEM OBSTETRÍCIA ( ) ESTADUAL COM OBSTETRÍCIA  
ESTADO CIVIL  1 - Solteiro 4 - Divorciado 2 - Casado 5 - Outros 3 - Viúvo  
SEXO  M  F DATA DE NASCIMENTO | | NACIONALIDADE MENSALIDADE

CPF C.N.S. NOME DA MÃE

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA COMPLEMENTO BAIRRO CEP CIDADE UF

FONE FIXO FONE CELULAR E-MAIL

NOME COMPLETO DO DEPENDENTE (1)

( ) NAC. COM OBSTETRÍCIA ( ) NAC. SEM OBSTETRÍCIA ( ) ESTADUAL COM OBSTETRÍCIA  
PARENTESCO ( ) CÔNJUGE ( ) FILHO ( ) NETO SEXO  M  F DATA DE NASCIMENTO | | NACIONALIDADE MENSALIDADE

CPF C.N.S. NOME DA MÃE

NOME COMPLETO DO DEPENDENTE (2)

( ) NAC. COM OBSTETRÍCIA ( ) NAC. SEM OBSTETRÍCIA ( ) ESTADUAL COM OBSTETRÍCIA  
PARENTESCO ( ) CÔNJUGE ( ) FILHO ( ) NETO SEXO  M  F DATA DE NASCIMENTO | | NACIONALIDADE MENSALIDADE

CPF C.N.S. NOME DA MÃE

NOME COMPLETO DO DEPENDENTE (3)

( ) NAC. COM OBSTETRÍCIA ( ) NAC. SEM OBSTETRÍCIA ( ) ESTADUAL COM OBSTETRÍCIA  
PARENTESCO ( ) CÔNJUGE ( ) FILHO ( ) NETO SEXO  M  F DATA DE NASCIMENTO | | NACIONALIDADE MENSALIDADE

CPF C.N.S. NOME DA MÃE

NOME COMPLETO DO DEPENDENTE (4)

( ) NAC. COM OBSTETRÍCIA ( ) NAC. SEM OBSTETRÍCIA ( ) ESTADUAL COM OBSTETRÍCIA  
PARENTESCO ( ) CÔNJUGE ( ) FILHO ( ) NETO SEXO  M  F DATA DE NASCIMENTO | | NACIONALIDADE MENSALIDADE

CPF C.N.S. NOME DA MÃE

**CARACTERÍSTICAS DO PLANO**

PERMANÊNCIA DE FILHOS SOLTEIROS NO PLANO	LIMITE 34 ANOS
PERMANÊNCIA DE NETOS SOLTEIROS NO PLANO	LIMITE 20 ANOS (SOB GUARDA DO TITULAR E/OU FILHOS DEPENDENTES INSCRITOS NO PLANO)
VIGÊNCIA DO CONTRATO	ANUAL (1º DE AGOSTO)

NOME COMERCIAL DO PLANO NA ANS	REGISTRO NA ANS	ABRANGÊNCIA	PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO	OBSTETRÍCIA
COLETIVO ADEÇÃO BÁSICO MATER - ADMINISTRADO	466.170/12-2	NACIONAL	QUARTO COLETIVO	SIM (25%)	SIM
COLETIVO ADEÇÃO BÁSICO - ADMINISTRADO	466.172/12-9	NACIONAL	QUARTO COLETIVO	SIM (25%)	NÃO
COLETIVO ADEÇÃO COP ESPECIAL MATER - ADMINISTRADO	466.173/12-7	NACIONAL	QUARTO PRIVATIVO	SIM (25%)	SIM
COLETIVO ADEÇÃO COP ESPECIAL - ADMINISTRADO	466.171/12-1	NACIONAL	QUARTO PRIVATIVO	SIM (25%)	NÃO
PLANO ESTADUAL UNIMED ADEÇÃO ENFERMARIA COPART	476.342/16-4	ESTADUAL - PARANÁ	QUARTO COLETIVO	SIM (40%)	SIM
PLANO ESTADUAL UNIMED ADEÇÃO APARTAMENTO COPART	476.343/16-2	ESTADUAL - PARANÁ	QUARTO PRIVATIVO	SIM (40%)	SIM

**COPARTICIPAÇÃO**

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 25% (vinte e cinco por cento)

Os planos Coletivo Adesão Básico Mater – Administrado, Coletivo Adesão Básico –Administrado, Coletivo Adesão Cop Especial Mater – Administrado e Coletivo Adesão Cop Especial - Administrado preveem uma coparticipação de 25% apenas nos procedimentos ambulatoriais, ou seja, nas consulta, exames e terapia, com um limite máximo de participação de R\$ 147,61 (cento e quarenta e sete reais e sessenta e um centavos) por procedimento. Caso o beneficiário venha necessitar de algum internamento, para tratamento clínico ou cirúrgico, o custo total será da UNIMED. A participação de 25% calculada sobre os preços da tabela UNIMED, que tem como base a tabela da Associação Médica Brasileira - (CBHPM) e será cobrada juntamente com a fatura da próxima mensalidade.

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 40% (quarenta por cento)

Os planos Plano Estadual Unimed Adesão Enfermaria Copart e Plano Estadual Unimed Adesão Apartamento Copart preveem uma coparticipação de 40% apenas nos procedimentos ambulatoriais, ou seja, nas consulta, exames e terapia, com um limite máximo de participação de R\$ 120,00 (cento e vinte reais) por procedimento. Caso o beneficiário venha necessitar de algum internamento, para tratamento clínico ou cirúrgico, o custo total será da UNIMED. A participação de 40% é calculada sobre os preços da tabela UNIMED, que tem como base a tabela da Associação Médica Brasileira - (CBHPM) e será cobrada juntamente com a fatura da próxima mensalidade.

EXCLUSIVAMENTE OS PLANOS PLANO ESTADUAL UNIMED ADEÇÃO ENFERMARIA COPART E PLANO ESTADUAL UNIMED ADEÇÃO APARTAMENTO COPART POSSUEM AS COBERTURAS ADICIONAIS DE TRANSPORTE AEROMÉDICO E UNIMED FONE CONFORME CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DESCRITAS NOS ANEXOS E CONDIÇÕES GERAIS DOS SERVIÇOS.

Local e data: \_\_\_\_\_ Assinatura do proponente/responsável: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: A EXTRAMED NÃO COBRA TAXA DE ADEÇÃO.  
PORTANTO É EXPRESSAMENTE PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER VALOR NA ASSINATURA DA PROPOSTA.  
A COBRANÇA DA PRIMEIRA PARCELA SERÁ EFETUADA ATRAVÉS DE BOLETO BANCÁRIO OU DÉBITO EM C/C.  
O GUIA DE LEITURA CONTRATUAL DEVERÁ SER ASSINADO E ENCAMINHADO A EXTRAMED JUNTAMENTE COM ESTA PROPOSTA**

**PROPOSTA DE ADESÃO  
PLANO DE SAÚDE  
COLETIVO POR ADESÃO**

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:



OPERADORA:



**CARÊNCIA**

CONSULTAS - 30 DIAS | EXAMES - DE 30 A 180 DIAS | INTERNAMENTO / DEMAIS PROCEDIMENTOS - 180 DIAS | TERAPIAS - 90 DIAS | PARTO A TERMO - 300 DIAS

**ESTE PRODUTO POSSUI APLICAÇÃO DE CARÊNCIAS E DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA CONFORME NORMATIVA DA ANS.**

**REAJUSTE/VARIAÇÃO DE MENSALIDADE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA**

SINISTRALIDADE	SIM, COM BASE NA AVALIAÇÃO ANUAL (1º DE AGOSTO) DA APÓLICE MESTRA DA EXTRAMED.
FINANCEIRO	SIM, COM BASE NA AVALIAÇÃO ANUAL (1º DE AGOSTO) DA APÓLICE MESTRA DA EXTRAMED.
FAIXA ETÁRIA	SIM

**TABELA DE VALORES**

VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (1 BENEFICIÁRIO) | VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (2 BENEFICIÁRIOS) | VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (3 BENEFICIÁRIOS) | VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (4 OU MAIS BENEFICIÁRIOS)

**PLANO NACIONAL (AMBULATORIAL/HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA) COM COPARTICIPAÇÃO 25%**

Faixa Etária	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO
	466.172/12-9	466.171/12-1	466.172/12-9	466.171/12-1	466.172/12-9	466.171/12-1	466.172/12-9	466.171/12-1
00-18	217,77	277,36	206,87	263,47	195,98	249,63	174,17	221,88
19-23	240,02	312,62	227,98	296,98	216,00	281,36	192,02	250,08
24-28	283,39	380,80	269,22	361,78	255,05	342,74	226,73	304,64
29-33	304,29	413,10	289,07	392,45	273,85	371,78	243,42	330,50
34-38	324,77	444,76	308,51	422,52	292,27	400,25	259,82	355,78
39-43	365,08	506,56	346,84	481,26	328,60	455,91	292,06	405,28
44-48	392,51	536,45	372,89	509,64	353,26	482,81	314,03	429,18
49-53	450,82	645,92	428,28	613,60	405,75	581,34	360,64	516,74
54-58	588,35	876,76	558,96	832,91	529,53	789,07	470,70	701,42
>59	687,32	1.037,45	652,97	985,58	618,59	933,70	549,86	829,96

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL EM 01/08/2020 INDEPENDENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL

VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (1 BENEFICIÁRIO) | VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (2 BENEFICIÁRIOS) | VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (3 BENEFICIÁRIOS) | VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (4 OU MAIS BENEFICIÁRIOS)

**PLANO NACIONAL (AMBULATORIAL/HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA) COM COPARTICIPAÇÃO 25%**

Faixa Etária	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO
	466.170/12-2	466.173/12-7	466.170/12-2	466.173/12-7	466.170/12-2	466.173/12-7	466.170/12-2	466.173/12-7
00-18	269,02	354,26	255,58	336,53	242,12	318,83	215,23	283,40
19-23	291,84	390,55	277,25	371,01	262,67	351,51	233,47	312,46
24-28	336,65	461,55	319,81	438,49	302,99	415,39	269,33	369,24
29-33	358,35	495,65	340,45	470,87	322,53	446,07	286,70	396,51
34-38	379,78	529,19	360,81	502,73	341,81	476,25	303,82	423,35
39-43	422,11	595,04	401,00	565,29	379,88	535,55	337,69	476,03
44-48	442,84	627,05	420,69	595,68	398,56	564,32	354,26	501,63
49-53	508,17	735,34	482,76	698,56	457,37	661,81	406,54	588,28
54-58	642,97	960,62	610,84	912,58	578,67	864,56	514,38	768,49
>59	728,80	1.109,87	692,38	1.054,34	655,93	998,89	583,04	887,89

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL EM 01/08/2020 INDEPENDENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL

VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (1 BENEFICIÁRIO) | VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (2 BENEFICIÁRIOS) | VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (3 BENEFICIÁRIOS) | VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (4 OU MAIS BENEFICIÁRIOS)

**PLANO ESTADUAL (AMBULATORIAL/HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA) COM COPARTICIPAÇÃO 40%**

Faixa Etária	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO
	476.342/16-4	476.343/16-2	476.342/16-4	476.343/16-2	476.342/16-4	476.343/16-2	476.342/16-4	476.343/16-2
00-18	159,35	202,80	143,85	182,95	128,36	163,12	112,86	143,28
19-23	185,69	236,52	167,56	213,31	149,44	190,10	131,31	166,88
24-28	221,95	282,95	200,19	255,10	178,44	227,24	156,68	199,39
29-33	243,69	310,81	219,77	280,17	195,83	249,52	171,91	218,89
34-38	262,85	335,31	237,01	302,23	211,16	269,13	185,32	236,04
39-43	301,61	384,96	271,89	346,90	242,17	308,85	212,44	270,79
44-48	387,81	495,32	349,47	446,23	311,12	397,13	272,79	348,04
49-53	487,49	622,95	439,18	561,10	390,87	499,25	342,56	437,38
54-58	675,88	864,19	608,74	778,22	541,59	692,23	474,44	606,25
>59	931,05	1.190,90	838,39	1.072,26	745,72	953,60	653,06	834,96

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL EM 01/08/2020 INDEPENDENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL

**FORMA DE PAGAMENTO**  BOLETO BANCÁRIO  DÉBITO BANCÁRIO (SENDO OPÇÃO DÉBITO, PREENCHER AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO ANEXA A PROPOSTA)

**FORMA DE DISPONIBILIZAÇÃO DO BOLETO**  E-mail  Site - www.extramed.com.br | **A EXTRAMED NÃO ENVIA BOLETO FÍSICO**

- Autorizo receber da Extramed Administradora de Benefícios informações sobre o meu benefício contratado, disponibilizado através de mailing eletrônico e/ou telefônico (e-mail, SMS, WhatsApp, outros).  
 Autorizo receber da Extramed Administradora de Benefícios informações sobre o meu benefício contratado, disponibilizado através de mailing eletrônico e/ou telefônico, bem como mensagens exclusivas de produtos e/ou benefícios (e-mail, SMS, WhatsApp, outros).

CORRETOR: \_\_\_\_\_ REPRESENTANTE: \_\_\_\_\_ CONSULTOR: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_ Assinatura do proponente/responsável: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: A EXTRAMED NÃO COBRA TAXA DE ADESÃO.  
 PORTANTO É EXPRESSAMENTE PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER VALOR NA ASSINATURA DA PROPOSTA.  
 A COBRANÇA DA PRIMEIRA PARCELA SERÁ EFETUADA ATRAVÉS DE BOLETO BANCÁRIO OU DÉBITO EM C/C.  
 O GUIA DE LEITURA CONTRATUAL DEVERÁ SER ASSINADO E ENCAMINHADO A EXTRAMED JUNTAMENTE COM ESTA PROPOSTA**

# DECLARAÇÃO DE SAÚDE

*De acordo com Lei 9.656/98, Resolução Normativa nº 162 de 17/10/2007 e Rol de Procedimentos vigente editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS.*

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

1- A Carta de Orientação ao Beneficiário deve estar localizada em página imediatamente anterior a este documento e a sua leitura é imprescindível, uma vez que visa orientar o consumidor no preenchimento deste formulário.

2- O presente documento possui um total de 08 (oito) páginas, divididas em 04 (quatro) partes e um Termo de Opção por Cobertura Parcial Temporária – CPT. As partes III e IV são de uso exclusivo da Unimed. Cabe ao proponente o preenchimento das Partes I e II, exceto o campo em negrito destinado ao médico orientador. Apenas a questão nº 32 é opcional, sendo obrigatória a resposta a todas as outras. Quando necessário, o Termo de Opção por Cobertura Parcial Temporária – CPT, localizado na última parte, deverá ser preenchido pela Unimed, mediante informações obtidas com o médico auditor. Porém, o proponente deve tomar conhecimento do seu conteúdo e assiná-la.

3- Esta Declaração de Saúde deverá ser obrigatoriamente preenchida a próprio punho pelo próprio titular proponente, ou seu responsável, no caso de menor de idade, ainda que assistidos por Médico Orientador.

4- No preenchimento dessa declaração, o consumidor proponente tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora (médico orientador), ou por um de sua confiança, caso em que a despesa com honorários será de sua responsabilidade.

5- 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.

6- Agravo 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. Esta operadora de planos privados de assistência à saúde não trabalha com o oferecimento de Agravo.

7- A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor proponente e quaisquer de seus dependentes saibam ser portadores no momento do preenchimento desta declaração, acarretará em suspensão ou cancelamento do contrato. Quando efetivada sua inclusão no plano, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão preexistente conhecida e não declarada, caso esta venha a ser comprovada junto à ANS. **ATÉ A DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO, NEM DO ATENDIMENTO.**

8- Após avaliação da Declaração de Saúde, a UNIMED poderá solicitar ao consumidor proponente e para cada um de seus dependentes, a realização de uma perícia médica, com consulta e exames complementares, realizada por um médico-perito, a ser escolhido pela UNIMED.

9- Caso seja decidido pela realização da perícia médica, será de responsabilidade da UNIMED:

a) Agendar horário para a perícia médica (o proponente deverá levar consigo sua respectiva Declaração de Saúde devidamente preenchida); e

b) Todas as despesas decorrentes com honorários médicos e exames.

Local e data: \_\_\_\_\_ Assinatura do proponente responsável: \_\_\_\_\_

## TERMO DE RESPONSABILIDADE E DECLARAÇÕES ESPECÍFICAS

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas nesta proposta. Declaro ter ciência dos termos do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe sobre a perda de direitos e responsabilidade por omissão de circunstâncias ou declarações inexatas que possam influir na aceitação desta proposta.

Declaro também, que:

- Recebi o **MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE (MPS)**, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, antes da assinatura da presente proposta, li e compreendi o seu inteiro teor.
- Li o teor do **CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO**, estipulado pela Extramed Administração e Serviços Médicos LTDA, compreendi adequadamente todos os seus termos, não restando qualquer dúvida quanto ao alcance e ao conteúdo das suas cláusulas.
- Estou ciente que a Operadora se reserva ao direito de analisar as declarações prestadas na proposta de adesão, para decidir sobre a implantação de coberturas parciais temporárias, tendo para tanto o prazo de 15 dias da data do protocolo da documentação completa exigida.
- A operadora poderá utilizar todos os meios de prova em direito admitidos para elucidar eventos médico- hospitalares relacionados aos beneficiários desta Solicitação de Adesão, pelo que autorizo os prestadores de serviços a fornecer as informações necessárias ao médico indicado pela Operadora.

### PARTE I - Identificação Pessoal

QUADRO PESO E ALTURA	TITULAR	DEP (1)	DEP (2)	DEP (3)	DEP (4)
PESO (Kg)					
ALTURA (m)					
IMC					
IDADE					

IMC

De 30,0 a 34,9 - obesidade grau I

De 35,0 a 39,9 - obesidade grau II

40,0 ou mais - obesidade grau III

O IMC - Índice de massa corporal - é calculado pela seguinte fórmula: peso dividido pela (altura x altura). Exemplo: peso = 80Kg; Altura = 1,71 m: IMC = 27,35.

### PARTE II - Informações sobre sua saúde e/ou seus dependentes

Antes de responder ao questionário, informe se este está sendo preenchido com a presença de médico orientador:

- Sim, médico da Unimed.  
 Sim, médico particular de minha escolha.  
 Não.

**Importante:** Em caso afirmativo, o próprio MÉDICO deverá registrar no campo abaixo, de próprio punho, que o preenchimento conta com a sua presença como médico orientador'. Além disso, este deverá assinar e informar o seu CRM:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_ Assinatura do proponente responsável: \_\_\_\_\_

**PARTE II - Informações sobre sua saúde e/ou seus dependentes**

O proponente ou responsável deverá preencher de próprio punho com S (sim) ou N (não).	Titular	Dependente/Agregados			
		1	2	3	4
1. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença neurológica, como enxaqueca, paralisia cerebral, retardo de desenvolvimento psicomotor, acidente vascular cerebral, aneurisma cerebral, paralisias, Mal de Parkinson, epilepsia, neurite diabética, Alzheimer, cisticercose demência, traumatismo craniano ou sequelas?					
2. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença como ansiedade, neurose, psicose, esquizofrenia, depressão, síndrome do pânico, anorexia nervosa, bulimia, autismo, dependência de bebidas alcoólicas, dependência de drogas ou outras? Esteve em acompanhamento psiquiátrico?					
3. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença dermatológica, como vitiligo, nevus (pintas de beleza), cicatrizes, alopecia (perda de cabelo), micoses, melanoma (tipo de câncer que atinge o tecido epitelial) ou outra?					
4. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença oftalmológica, como estrabismo, miopia, astigmatismo, catarata, hipermetropia, glaucoma, ou aumento de pressão no olho, queda de pálpebra, obstrução do canal lacrimal, olho vermelho, pterígio, calásio (cisto da pálpebra), descolamento de retina, inflamação do nervo ocular, ceratocone, presbiopia - vista cansada ou outra?					
5. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença de septo, rinite, amigdalite de repetição, adenóide, rinoscoliose (nariz torto), sinusite de repetição, pólipos de laringe ou das cordas vocais, nódulos de laringe ou cordas vocais ou outra?					
6. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença respiratória, como bronquite, asma, DPOC, enfisema, ronco, apnéia do sono ou outra?					
7. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença cardiovascular, como infarto, angina de peito, insuficiência coronária, hipertensão arterial (pressão alta), aneurisma da aorta, arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca, Doença de Chagas, dislipidemia ou colesterol elevado, insuficiência arterial de membros, insuficiência arterial de carótidas ou outras?					
8. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença alérgica, como dermatite, eczema (dermatite atópica), rinite, asma urticária ou outra?					
9. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença hematológica (doenças relacionadas ao sangue), como hemofilia, trombocitose, policitemia, anemia, trombocitopenia ou outra?					
10. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença endocrinológica, como diabetes insípido, diabetes melito, diabetes tipo I, diabetes tipo II, diabetes juvenil, diabetes congênita ou outra?					

Local e data: \_\_\_\_\_ Assinatura do proponente responsável: \_\_\_\_\_



O proponente ou responsável deverá preencher de próprio punho com S (sim) ou N (não).	Titular	Dependente/Agregados			
		1	2	3	4
11. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença infecciosa, como tuberculose, malária, dengue, sífilis, HPV (papiloma vírus), HIV ou outra?					
12. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença ortopédica, como pseudoartrose, lesão de menisco, fratura viciosamente consolidada, tumor ósseo benigno, joanete, esporão do calcâneo, lesão do manguito rotador do ombro, síndrome de túnel do carpo, escoliose, cifose, hérnia de disco, lombociatalgia, cervicobranquialgia ou outra?					
13. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença endocrinológica, como hipertireoidismo, cisto ou nódulo de tireoide, bócio, tireoidite, hipotireoidismo ou outra?					
14. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença reumatológica, como osteoporose, artrose, reumatismo, lúpus, artrite reumatoide, esclerodermia, dermatomiosite, doença do Crohn ou outra?					
15. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença do aparelho digestivo, como refluxo gastroesofágico, úlcera do estômago, úlcera do duodeno, pedra na vesícula, diarreia crônica, obstipação intestinal, hemorroidas, fissura anal, gastrite, colite, hemorragia digestiva, ascite, estenose de esôfago ou outra?					
16. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença vascular, como varizes de esôfago, varizes, síndrome pós-trombótica, flebite, Síndrome de Raynaud ou outra?					
17. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma hérnia, como diafragmática, umbilical, inguinal, inguino-escrotal, incisional de hiato ou outra?					
18. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença urológica, como fimose, parafimose, estenose de uretra, pedras (cálculos do rim ou outra localização), malformação peniana, fibrose no pênis, uretra com abertura anormal, testículo fora do lugar, ausência de testículo, rim único, insuficiência renal aguda ou crônica, hiperplasia ou aumento benigno da próstata, perda de urina, impotência, nefrite, síndrome nefrótico ou outra?					
19. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença ginecológica, como endometriose, ovários policísticos, miomas do útero, sangramento excessivo, incontinência urinária, bexiga ou intestino fora da posição normal, fibroadenoma da mama, alteração funcional benigna da mama, displasia mamária, mamilo umbilicado ou invertido, mastite, pólipos uterinos, aderência das trompas, cistos do ovário, malformação uterina, agenesia de vagina ou outra ou já foi submetida a cesariana?					
20. Sofre, tem ciência ou está investigando infertilidade (não prosseguimento da gestação) ou esterilidade (não consegue engravidar)?					

Local e data: \_\_\_\_\_ Assinatura do proponente responsável: \_\_\_\_\_

O proponente ou responsável deverá preencher de próprio punho com S (sim) ou N (não).	Titular	Dependente/Agregados			
		1	2	3	4
21. Sofre, tem ciência ou está investigando de alguma hepatite, como hepatite viral aguda ou crônica, virose do fígado, portador de vírus da hepatite ou outra?					
22. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença de obesidade ou obesidade mórbida ou magreza excessiva?					
23. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença congênita (adquiridas antes do nascimento ou mesmo posterior a tal, no primeiro mês de vida), como malformação cardíaca, malformação crânio-encefálica, onfalocele, microcefalia, hidrocefalia, sindactilia, polidactilia, mama extranumerária, refluxo gastroesofágico, cegueira, surdez, mudez, prematuridade, doença hemolítica, perinatal, fibrose cística do pâncreas? Síndrome: de Down (mongolismo), de Edwards, de Patau, de rubéola congênita, de toxoplasmose congênita, Turner, Klinefelter ou outra?					
24. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença AIDS, SIDA, portador do vírus, candidíase de repetição, pneumonias de repetição, sarcoma de Kaposi, toxoplasmose, citomegalovirose ou outra?					
25. Sofre, tem ciência ou está investigando algum câncer, como de cabeça e pescoço, do sistema nervoso central ou periférico, da hipófise, da tireoide, meduloblastoma, da mama, do pulmão, do mediastino, do esôfago, do colo do útero, do útero, do endométrio, do ovário, do testículo, do rim, do ureter, da adrenal ou supra-renal, da próstata, da bexiga, do ânus, do reto, da pele, Linfoma de Hodgkin (supradiafragmático), Linfoma de Hodgkin (infradiafragmático), leucemia, de partes moles, dos ossos, metástases ósseas, metástases ganglionares, metástases nos linfonodos, metástases cerebrais, metástases hepáticas, da vagina, da vulva, do pênis, Linfoma não Hodgkin (supradiafragmático), Linfomanão Hodgkin (infradiafragmático), do estômago, do duodeno, do cólon, do intestino delgado, do intestino grosso, da vesícula, das vias biliares, do fígado, do pâncreas, melanoma, da garganta, das cordas vocais, de boca, de lábio, de nariz, de ouvido, dos olhos, dos músculos, de língua, dos brônquios, da laringe, de anemia aplástica, ou outros?					
26. É ou já foi portador de prótese/órtese/materiais diversos, tais como: parafusos, placas, stents, válvula ou outras?					
27. Sofreu acidente ou doença que tenha deixado algum tipo de deficiência, cicatriz ou sequela?					
28. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença(s) do sangue, recebeu transfusão de sangue ou quimioterapia?					
29. Possui cirurgia programada para os próximos 12 meses?					
30. Já realizou procedimentos, tais como: cateterismo, angioplastia ou outros?					
31. Sofre, tem ciência ou está investigando alguma doença não identificada nas questões anteriores?					

Local e data: \_\_\_\_\_ Assinatura do proponente responsável: \_\_\_\_\_

32. Outras informações que deseja declarar:

Caso o preenchimento obteve alguma resposta afirmativa (SIM) para qualquer um dos itens acima (1-32), será obrigatório informar os seguintes dados, considerados importantes para análise médica:

Item	Titular/Dependente	Esclarecimentos / especificações (qual doença/lesão, data do evento)

Declaro para todos os fins que as informações acima prestadas são verdadeiras, nos termos previstos no art. 5º da RN nº 162/07<sup>1</sup> e autorizo o uso e verificação de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins médico-legais.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Consumidor proponente ou responsável legal

<sup>1</sup> Art. 5º, *caput* (alterado pelas RNs 195 e 200): “Nos planos privados de assistência à saúde, individual ou familiar, ou coletivos, em que haja previsão de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, contratados após a vigência da Lei nº 9.656, de 1998, o beneficiário deverá informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.”



**PARTE III - PARECER DO MÉDICO AUDITOR**

(Para uso exclusivo da Unimed)

- Não é necessária a perícia médica.       Com observações, mas sem necessidade de perícia.  
 É necessária a perícia médica.       Declarada a doença ou lesão preexistente

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Relação de Doenças e Lesões Preexistentes declaradas (identificar com o CID-10):**

Nome	Doença / patologia	CID

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico Auditor

**PARTE IV - PERÍCIA MÉDICA (CASO SOLICITADA PELA UNIMED)**

(Para uso exclusivo da Unimed)

Médico Avaliador: Dr. \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Descrição da Perícia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Resultado dos Exames: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Relação dos Códigos (TABELA UNIMED): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Parecer Final: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico Avaliador

## ANEXO A PROPOSTA – INFORMAÇÕES SOBRE OS TIPOS DE CONTRATAÇÃO

(Redação dada pela RN - ANS nº 379, de 01/06/2015)

**Planos individuais ou familiares:** São aqueles contratados diretamente pelo beneficiário, com ou sem seu grupo familiar.

**Planos de saúde coletivos:** Se dividem em empresarial e coletivo por adesão. Os empresariais são contratados em decorrência de vínculo empregatício para seus funcionários. Os coletivos por adesão são contratados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para seus vinculados (associados ou sindicalizados, por exemplo). Na contratação destes planos pode haver a participação de Administradoras de Benefícios.

**Tanto os planos individuais quanto os planos coletivos são regulados pela ANS e** devem cumprir as exigências do órgão regulador com relação à assistência prestada e à cobertura obrigatória. **Veja as particularidades de cada tipo:**

	Plano Individual ou Familiar	Plano Coletivo por Adesão	Plano Coletivo Empresarial
<b>Quem pode ingressar em um plano de saúde?</b>	Qualquer indivíduo.	Indivíduo com vínculo à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial.	Indivíduo com vínculo a pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.
<b>Carência</b>	Até 24 horas para urgência e emergência*, 180 dias para demais casos (por exemplo, internação); e 300 dias para o parto a termo.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato coletivo; não há carência para novos filiados que ingressarem no plano em até 30 dias do primeiro aniversário do contrato após a sua filiação; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.
<b>Cobertura parcial temporária (CPT) em caso de doença ou lesão preexistente (DLP)**</b>	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade,	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade,	Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos

	leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica
<b>Rescisão pela operadora:</b>	A operadora poderá rescindir o contrato em caso de fraude ou por não pagamento de mensalidade a partir de 60 dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato. O consumidor deve ser notificado até o 50º dia da inadimplência	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão contratual e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.
<b>Reajuste:***</b>	Reajuste anual e limitado a índice divulgado pela ANS. Nos planos exclusivamente odontológicos o índice de reajuste deve estar estabelecido no contrato. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de de contratos com menos de 30 vidas. ***

\* Para maiores informações leia Resolução CONSU 13 de 03 de novembro de 1998;

\*\* Para maiores informações leia a Carta de Orientação ao Beneficiário, instituída pela Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007;

\*\*\* Incide o reajuste por mudança de faixa etária em todos os tipos de planos, conforme previsto em contrato.” (NR)

BRADESCO  ITAÚ  SANTANDER  BANCO DO BRASIL (código convênio 058754)

Titular Conta Corrente / Beneficiário(a): \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Estipulante: \_\_\_\_\_

Operadora: \_\_\_\_\_

Produto: \_\_\_\_\_

**Dados Bancários:**

Agência: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Conta Corrente: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**1) Da autorização**

O banco acima determinado, fica a partir desta data autorizado a debitar em minha conta corrente, o valor informado pela **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA, CNPJ 01.747.987/0001-75**, para quitação do compromisso acima descrito, na data do seu respectivo vencimento, via sistema de débito automático.

**2) Da provisão de saldo**

- I. Comprometo-me a provisionar e manter em minha conta corrente acima indicada, saldo suficiente para suportar o débito relativo a conta cadastrada, na data do seu respectivo vencimento.
- II. Caso não haja fundo suficiente e/ou disponível na conta corrente informada, para pagamento total da conta cadastrada, o banco, a seu exclusivo critério, poderá efetuar os correspondentes pagamentos, mediante a efetivação dos débitos na conta corrente informada até montante ali suficiente e/ou disponível. Com relação ao valor complementado pela instituição bancária acima, este será considerado como concedido aos clientes a título de Adiantamento a Depositante e transferido para o sistema de MORA do banco.
- III. Os valores concedidos a títulos de Adiantamento a Depositante nos termos do item anterior, deverão ser por mim restituídos ao banco acrescidos de juros calculados as taxas divulgadas no quadro de tarifas afixadas nas agências do banco que serão contabilizadas da data de concessão do adiantamento até a efetiva restituição.

**3) Do prazo de vigência**

A presente autorização vigorará por prazo indeterminado, podendo entretanto ser cancelada a qualquer tempo, por ambas as partes.

**4) Da confirmação de inclusão**

Esta autorização será confirmada pela **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA** por meio de mensagem específica no envio de comunicação da mensalidade. O cliente, desde já, declara-se ciente de que enquanto não houver a confirmação fica obrigado a quitar a mensalidade através de boleto bancário.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular da Conta Corrente

## AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA CORRENTE

Extramed Administração e Serviços Médicos Ltda

Caixa Econômica Federal

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

R\$

\*ESTE VALOR NÃO DEVE SER PREENCHIDO, POIS SERÁ DEBITADO O VALOR DA MENSALIDADE.

Código da Agência	Nome da agência	Operação	Número Conta/DV
Nome do cliente			CPF
Nome do Convenente	Código do Convênio	Identificação do Cliente (14 zeros + CPF)	
Extramed Adm. e Serviços Médicos LTDA	154182 11 0001	00000000000000	

001-Pessoa Física /003 – Pessoa Jurídica /013 – Poupança Pessoa Física/022 – Poupança Jurídica/023 – Conta Salário

**Importante: O débito será efetuado somente se houver saldo suficiente**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do titular da conta

\_\_\_\_\_  
Assinatura autorizada (Gerente Agência)

### 1) Da autorização

O banco acima determinado, fica a partir desta data autorizado a debitar em minha conta corrente, o valor informado pela **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA, CNPJ 01.747.987/0001-75**, para quitação do compromisso acima descrito, na data do seu respectivo vencimento, via sistema de débito automático.

### 2) Da provisão de saldo

- I. Comprometo-me a provisionar e manter em minha conta corrente acima indicada, saldo suficiente para suportar o débito relativo a conta cadastrada, na data do seu respectivo vencimento.
- II. Caso não haja fundo suficiente e/ou disponível na conta corrente informada, para pagamento total da conta cadastrada, o banco, a seu exclusivo critério, poderá efetuar os correspondentes pagamentos, mediante a efetivação dos débitos na conta corrente informada até montante ali suficiente e/ou disponível. Com relação ao valor complementado pela instituição bancária acima, este será considerado como concedido aos clientes a título de Adiantamento a Depositante e transferido para o sistema de MORA do banco.
- III. Os valores concedidos a títulos de Adiantamento a Depositante nos termos do item anterior, deverão ser por mim restituídos ao banco acrescidos de juros calculados as taxas divulgadas no quadro de tarifas afixadas nas agências do banco que serão contabilizadas da data de concessão do adiantamento até a efetiva restituição.

### 3) Do prazo de vigência

A presente autorização vigorará por prazo indeterminado, podendo entretanto ser cancelada a qualquer tempo, por ambas as partes.

### 4) Da confirmação de inclusão

Esta autorização será confirmada pela **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA** por meio de mensagem específica no envio de comunicação da mensalidade. O cliente, desde já, declara-se ciente de que enquanto não houver a confirmação fica obrigado a quitar a mensalidade através de boleto bancário.