

Inclusão de novo titular Início da vigência do benefício: _____ Entidade: _____
 Inclusão de dependente (s) _____ / _____ / _____

PROPONENTE TITULAR

Nome completo _____

Nome da mãe _____

Data de nascimento	Sexo	Estado civil	Naturalidade (cidade, estado e país)
_____	_____	_____	_____

CPF	RG	Órgão expedidor	UF	Data de expedição	PAÍS	CNS (Cartão Nacional de Saúde)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Endereço residencial	Complemento	Número residencial
_____	_____	_____

CEP	Bairro	Cidade	UF
_____	_____	_____	_____

Telefone residencial	Telefone celular	E-mail
_____	_____	_____

Endereço para envio de cobrança _____

CEP	Bairro	Cidade	UF
_____	_____	_____	_____

DEPENDENTES

1 Nome completo _____

Data de nascimento	Sexo	Estado civil	Parentesco	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	Código Plano Anterior (se houver)
_____	_____	_____	_____	_____	_____

CPF	RG	Órgão expedidor	UF	Data de expedição	País	CNS (Cartão Nacional de Saúde)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Nome da mãe _____

2 Nome completo _____

Data de nascimento	Sexo	Estado civil	Parentesco	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	Código Plano Anterior (se houver)
_____	_____	_____	_____	_____	_____

CPF	RG	Órgão expedidor	UF	Data de expedição	País	CNS (Cartão Nacional de Saúde)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Nome da mãe _____

3 Nome completo _____

Data de nascimento	Sexo	Estado civil	Parentesco	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	Código Plano Anterior (se houver)
_____	_____	_____	_____	_____	_____

CPF	RG	Órgão expedidor	UF	Data de expedição	País	CNS (Cartão Nacional de Saúde)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Nome da mãe _____

4 Nome completo _____

Data de nascimento	Sexo	Estado civil	Parentesco	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	Código Plano Anterior (se houver)
_____	_____	_____	_____	_____	_____

CPF	RG	Órgão expedidor	UF	Data de expedição	País	CNS (Cartão Nacional de Saúde)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Nome da mãe _____

5 Nome completo _____

Data de nascimento	Sexo	Estado civil	Parentesco	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	Código Plano Anterior (se houver)
_____	_____	_____	_____	_____	_____

CPF	RG	Órgão expedidor	UF	Data de expedição	País	CNS (Cartão Nacional de Saúde)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Nome da mãe _____

PLANO ASSISTENCIAL SAÚDE PRETENDIDO

Abrangência: Regional

NOME DO PRODUTO: _____

Nº ANS: _____

Coparticipação:

- 20% 30% 50%
 sem coparticipação

Abrangência: Estadual

NOME DO PRODUTO: _____

Nº ANS: _____

Coparticipação:

- 20% 30% 50%
 sem coparticipação

Abrangência: Nacional

NOME DO PRODUTO: _____

Nº ANS: _____

Coparticipação:

- 20% 30% 50%
 sem coparticipação

Segmentação: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetria

VALOR POR PROPONENTE

	Idade	Acomodação	Valores em R\$
Titular	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="text"/>
Dependente 1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="text"/>
Dependente 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="text"/>
Dependente 3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="text"/>
Dependente 4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="text"/>
Dependente 5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="text"/>
Valor total (Plano assistencial saúde)			R\$ <input type="text"/>

ATENÇÃO: Os valores indicados ao lado sofrerão alteração caso haja reajuste anual do contrato coletivo ou mudança de faixa etária entre a data de assinatura desta proposta e a data da sua 1ª (primeira) cobrança, observado o disposto no item 16 desta proposta. O valor total deverá ser pago mensalmente.

REAJUSTE ANUAL: De acordo com a data base do contrato estipulado pela Benevix junto à UNIMED, independente da data de adesão do beneficiário no plano assistencial.

DATA BASE DE REAJUSTE: Setembro.

COBRANÇA

Boleto bancário

Vencimento todo dia 10 de cada mês, nos valores pactuados.

OBS.: Caso deseje a opção débito automático em conta-corrente, favor entrar em contato com a Benevix: 0800 606 7272.

DATA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

Alterações cadastrais entregues até:

- Dia 10 do mês serão efetivadas a partir do dia 01 do mês subsequente.

Inclusões entregues até:

- Dia 20 do mês serão efetivadas a partir do dia 1º do mês subsequente.

AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DE INFORMAÇÕES

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

Declaro que as informações aqui prestadas e os documentos apresentados são absolutamente verdadeiros e completos, e me responsabilizo civil e criminalmente por eles.

Local e data

Assinatura do proponente titular (igual ao documento apresentado - passível de reconhecimento em cartório)

Consultor

CPF Consultor

Plataforma

Corretora

Pelo presente, declaro expressamente que, após ter recebido, lido e compreendido o “Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde” (MPS), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), CONCORDO E ESTOU CIENTE QUE:

1. Este instrumento é meu contrato de adesão (a “**proposta**”) ao plano de saúde coletivo por adesão (o “**benefício**”), estipulado pela Benevix Administradora de Benefícios Ltda (a “**Administradora de Benefícios**”) com a Unimed Grande Florianópolis Cooperativa de Trabalho Médico (a “**Operadora**”) e destinada à população que mantenha vínculo com a minha “**Entidade**”, que é a Pessoa Jurídica indicada na página 1 desta **proposta**, ciente ainda das condições gerais, prazos de carências e procedimentos não cobertos pelo plano.

2. A aceitação de minha **proposta** depende da comprovação de meu vínculo com a **Entidade**, sendo que os documentos comprobatórios desse vínculo estão sendo entregues por mim ao **consultor de vendas**, no ato da assinatura desta, para que a idoneidade deles seja conferida pela **Administradora de Benefícios**, podendo esta proposta ser recusada em razão da falta de minha elegibilidade. A **Administradora de Benefícios** terá 15 (quinze) dias a partir da data de recebimento para a conferência da documentação.

3. Serão aceitos como meus Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica: a) Cônjuge; b) Companheiro (a); c) Filhos (as) solteiros (as) com até 24 anos; d) Enteados (as) solteiros (as) com até 24 anos; f) Tutelados (as) ou menor sob guarda. g) Curatelado do Beneficiário Titular.

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

5. Após a aceitação desta **proposta**, o **benefício** terá início na data indicada no campo “Início de Vigência do **Benefício**”, na página 1 desta **proposta**, e tanto eu quanto meu(s) dependente(s) indicado(s) passaremos a ser denominados “**beneficiários**”. Esta data poderá sofrer alteração, já que para a efetivação do meu plano de saúde pelo cadastro da Unimed Grande Florianópolis, dependerei da conclusão da análise da minha declaração de saúde e de meus dependentes, análise esta que é de responsabilidade da Unimed Grande Florianópolis, bem como também da minha expressa concordância com o resultado dessa análise e eventual indicação de CPT (Cobertura parcial Temporária)

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

7. O contrato coletivo firmado entre a **Administradora de Benefícios** e a **Operadora**, contrato este que passarei a integrar, vigorará pelo prazo de 1 (um) ano, contado a partir da data de sua assinatura, podendo ser renovado automaticamente por período indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, de qualquer das partes,

seja pela **Administradora de Benefícios** ou pela **Operadora**. Em caso de rescisão desse contrato coletivo, a **Administradora de Benefícios** me fará a comunicação desse fato, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

8. Deverei, assim como meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s), utilizar o **benefício** por meio apenas dos prestadores credenciados pela **Operadora** para o plano, respeitados os limites das condições contratuais de cada plano.

9. O **benefício** cobrirá as despesas com serviços médico-hospitalares relacionados no “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”, instituído pela **ANS**, observada a abrangência das condições gerais deste **benefício**.

10. As coberturas excluídas do **benefício** são aquelas que não se incluem no “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”, da **ANS**, bem como as despesas não cobertas citadas na Lei nº 9.656/98 e nas normas regulamentares da **ANS na data do evento**.

11. Os prazos de carências são os períodos nos quais nem eu e nem meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s) teremos direito a determinadas coberturas, mesmo que em dia com o pagamento do **benefício**. Haverá prazos de carência para utilização do plano conforme itens abaixo. Para efeito de isenção de carências, devem-se observar as normas regulamentares da **ANS** e a legislação em vigor e, se houver redução de carências, devem ser observadas as normas de redução de carência da operadora.

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
Atendimento de Urgência e Emergência	24 (vinte e quatro) Horas
Consultas médicas	30 (trinta) Dias
Exames laboratoriais (exceto genética), anatomopatológicos citopatológicos, raio-x simples e contrastado, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia (exceto obstétrica)	30 (trinta) Dias
Consultas e Sessão de fisioterapia	90 (noventa) Dias
Consultas e Sessão de fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapeuta	180 (cento e oitenta) Dias
Acupuntura	180 (cento e oitenta) Dias
Desintometria	180 (cento e oitenta) Dias
Diálise / hemodiálise	180 (cento e oitenta) Dias
Ecocardiograma	180 (cento e oitenta) Dias
Endoscopia / colonoscopia	180 (cento e oitenta) Dias
Espirometria / prova de função pulmonar	180 (cento e oitenta) Dias
Exames obstétricos	180 (cento e oitenta) Dias
Exames de genética	180 (cento e oitenta) Dias
Holter / mapa	180 (cento e oitenta) Dias
Laparoscopia / litotripsia	180 (cento e oitenta) Dias
Mamografia	180 (cento e oitenta) Dias
Medicina nuclear / medicina transfuncional	180 (cento e oitenta) Dias
Radioterapia / quimioterapia	180 (cento e oitenta) Dias
Ressonância / tomografia	180 (cento e oitenta) Dias
Teste ergométrico	180 (cento e oitenta) Dias
Transplantes	180 (cento e oitenta) Dias
Todas as demais coberturas que não constam na tabela	180 (cento e oitenta) Dias
Parto a termo	300 (trezentos) Dias
CPT - Cobertura Parcial Temporária	24 (vinte e quatro) meses

12. Doença ou lesão preexistente é aquela da qual eu ou meu(s) proponente(s) dependente(s) saiba (mos) ser portador (es) nesta data, seja por diagnóstico feito, conhecido ou em andamento, devendo declará-las na "Declaração de Saúde" que acompanha esta **proposta**. Havendo na "Declaração de Saúde" a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistentes, será aplicada pela **Operadora** a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro meses), contados a partir da data de início da vigência do **benefício** indicado na página 1 desta proposta, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

13. Depende da autorização prévia pela **Operadora** a realização de: (I) serviços auxiliares de diagnose; (II) serviços auxiliares de terapia; (III) serviços ambulatoriais; (IV) remoções.

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

15. A data de vencimento do pagamento do valor mensal do **benefício**, bem como sua forma, serão aquelas indicadas na página 2 desta **proposta**, sendo que a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do **benefício** e acréscimo de juros de 1% (um por cento) ao mês sobre o valor total do **benefício**. No primeiro dia de inadimplência, poderá ocorrer a suspensão automática do benefício, cuja utilização somente será restabelecida a partir da quitação do(s) valor(es) pendentes, acrescido(s) dos encargos supracitados, observada a possibilidade de cancelamento, conforme disposto no item 18, "(II)", desta **proposta**;

16. Independente da data da minha **proposta**, o valor mensal do **benefício** poderá sofrer reajustes legais e contratuais, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações: (I) reajuste financeiro, no mês de aniversário do contrato estipulado pela **Administradora de Benefícios** junto à **Operadora**; (II) por índice de sinistralidade, no mês de aniversário do contrato estipulado pela **Administradora de Benefícios** junto à **Operadora**; (III) por mudança de faixa etária do **beneficiário**; (IV) em outras hipóteses, desde que em conformidade com as normas e legislação em vigor; (V) Do reajuste das coparticipações: O valor da coparticipação referente às consultas e procedimentos ambulatoriais possuem relação direta com a despesa assistencial dos mesmos, podendo sofrer ajustes que elevem ou reduzem seus valores, acompanhando as variações do mercado, que serão informados aos **beneficiários** independente da data base de reajuste do contrato.

17. Devo solicitar e informar expressamente à **Administradora de Benefícios** toda e qualquer alteração cadastral, tal como a eventual perda de elegibilidade, respeitando os prazos e a condições constantes na página 2 desta **proposta**.

18. O **benefício** poderá ser cancelado: (I) por minha solicitação expressa conforme RN 412; (II) automaticamente, pela falta de pagamento de 1 (um) valor mensal do **benefício** por prazo igual ou superior a 30 (trinta) dias, com minha conseqüente exclusão e a de meu(s) **beneficiário**(s) dependente(s), sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) pendente(s); e (III) pela perda de minha elegibilidade junto à

Entidade.

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

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

21. Poderei postular nova adesão ao **benefício**, mediante: (I) aceitação pela **Administradora de Benefícios**; (II) quitação de eventuais débitos anteriores; (III) cumprimento de novos prazos de carência, independente do período anterior em que permaneci no contrato coletivo.

22. Devo encaminhar prontamente à **Administradora de Benefícios** e/ou à **Operadora**, quando qualquer uma delas solicitar, documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas.

23. Poderei desistir desta **proposta**, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito à **Administradora de Benefícios** no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de minha assinatura neste instrumento e não ter gozado da prestação de serviços médicos oferecidos pela **operadora**, autorizando a cobrança do valor mensal do **benefício**, caso esse prazo não seja observado.

24. Os **beneficiários** receberão o cartão do seu plano de saúde no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data da vigência. O não recebimento do cartão não impede a utilização do plano na rede própria da operadora, eis que o mesmo poderá ser utilizado através do código do **beneficiário** acompanhado do documento de identidade. O código do beneficiário poderá ser obtido junto a **Benevix** a partir da data de vigência, através do nosso número de atendimento ao **beneficiário** 0800 606 7272.

25. O pagamento das mensalidades, devem ser realizados através de boleto bancário, com vencimento todo dia 10 de cada mês, nos valores pactuados. Caso o beneficiário, não o receba, poderá retirar 2ª via no site da **Administradora de Benefícios** (www.benevix.com.br).

26. Afirmando que estou ciente que poderá haver cobrança de valor proporcional (pró rata) da mensalidade entre a data da vigência (início do contrato) e o último dia do mês, juntamente com o valor da mensalidade do mês seguinte.

27. O foro para dirimir quaisquer questões oriundas da presente proposta é o do meu domicílio.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro estar ciente que estou aderindo a um contrato coletivo por adesão, e não a um contrato individual, e que a aceitação de minha adesão está condicionada à aprovação prévia da Administradora de Benefícios e **Unimed Grande Florianópolis Cooperativa de Trabalho Médico**. Reconheço a importância de dizer a verdade, a fim de não causar prejuízos aos demais participantes do contrato ou à minha entidade, que por meio deste, estará autorizada a solicitar, a qualquer momento, documentação comprobatória referente às informações por mim fornecidas. Também estou ciente de que, de acordo com o Artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na mensalidade, perderei todo e qualquer direito inerente à mesma.

Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para aceitação desta proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão, e a do(s) meu(s) dependentes(s) indicados(s) na página 1 desta proposta.

Declaro receber, neste ato, o Manual de Orientação para contratação de "Planos de Saúde" e cópia da presente "Proposta", da "Carta de Orientação ao Beneficiário" e da "Declaração de Saúde", e estou ciente de que os cartões de identificação do(s) beneficiário(s) e a lista de prestadores credenciados, de responsabilidade da Operadora, bem como o "Guia de Leitura Contratual", serão enviados a mim tão logo eu e meu(s) dependente(s) tenhamos sido aceitos e nossos registros estejam regularizados na Operadora.

_____, ____/____/____
Local e data

Assinatura do proponente titular (passível de reconhecimento em cartório)

RESPONSABILIDADE FINANCEIRA

Eu, _____, portador do CPF: _____, afirmo para fins de inclusões de menor de idade ou incapaz, descrito nesta proposta, que será de minha responsabilidade, como titular do plano de saúde, a manutenção do plano, assim como à falta de pagamento das suas cobranças. Caso exista alguma fatura em aberto do plano em referência, comprometendo-me a fazer o pagamento de modo que fique adimplente junto a Administradora e/ou Operadora.

Declaro ainda estar devidamente ciente das cláusulas contidas no Contrato de Adesão, em que é definido que em casos de inadimplência, poderá ocorrer a suspensão automática do plano, sobrevivendo de seu cancelamento definitivo, e caso persista inadimplência, poderá a Administradora proceder com a inserção do meu nome aos serviços de proteção ao crédito (SPC/SERASA).

Responsável financeiro

Telefone

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 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.

Beneficiário

_____, ____ / ____ / ____
Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____
Nome legível, assinatura e CPF

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____ / ____ / ____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____
Nome legível, assinatura e CPF