

PRONTOMED

PLANOS DE SAÚDE Desde 1977

CNPJ: 20.168.589/0001-49
(37) 3512-3201 | AV. SETE DE SETEMBRO, 1161 | CENTRO
CEP 35500-011 | DIVINÓPOLIS - MG
CADASTRO@PRONTOMEDMG.COM.BR | PRONTOMEDMG.COM.BR

PROPOSTA DE ADESÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE E/OU ODONTOLÓGICA

CARIMBO CNPJ

ANS: 30 172 - 8

RQ 017

CÓDIGO DA EMPRESA	NOME DA EMPRESA CONTRATANTE
-------------------	-----------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR			
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	CPF / BENEFICIÁRIO	IDENTIDADE	CNS - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
NOME DA MÃE DO BENEFICIÁRIO			CPF	DATA DE NASCIMENTO
ESTADO CIVIL	DATA DE ADMISSÃO	DEPT°	PROFISSÃO	MATRÍCULA / CHAPA
<input type="checkbox"/> SOLT. <input type="checkbox"/> CAS. <input type="checkbox"/> OUTROS				

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, ETC.)				N°
COMPLEMENTO	BAIRRO	CIDADE	UF.	
CEP.	TELEFONE 1	WHATSAPP		
	()	()		
E-MAIL				

DADOS DO PLANO

SEGMENTAÇÃO	OPÇÃO DE COBERTURA	ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	GRUPO DE MUNICÍPIOS	
<input type="checkbox"/> AMB. HOSP. C/ OBSTETRÍCIA <input type="checkbox"/> AMB. HOSP. S/ OBSTETRÍCIA <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> CPT <input type="checkbox"/> AGRAVO				
NOME COMERCIAL DO PLANO	N° DO PLANO JUNTO A ANS.	TIPO DE CONTRATAÇÃO	ACOMODAÇÃO	
		<input type="checkbox"/> COL. POR ADESÃO <input type="checkbox"/> COL. EMPRESARIAL		

DADOS DO(S) DEPENDENTE(S) INCLUÍDO(S) NO PLANO

	DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)	SEXO	PARENTESCO			
		1 MASCULINO 2 FEMININO	01 - ESPOSO(A) 02 - FILHO(A)	03 - COMPANHEIRO(A) 04 - OUTROS		
01	NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE ESPOSO(A) OU COMPANHEIRO(A)			DATA NASC.	IDADE	CUSTO MENSAL R\$
	CPF	IDENTIDADE	CNS - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	NOME DA MÃE		
02	NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE			DATA NASC.	IDADE	CUSTO MENSAL R\$
	CPF	IDENTIDADE	CNS - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE			
03	NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE			DATA NASC.	IDADE	CUSTO MENSAL R\$
	CPF	IDENTIDADE	CNS - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE			
04	NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE			DATA NASC.	IDADE	CUSTO MENSAL R\$
	CPF	IDENTIDADE	CNS - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE			

RESUMO DO CUSTO MENSAL	TAXA INSCRIÇÃO	TITULAR	DEPENDENTE(S)	TOTAL CUSTO INICIAL R\$

Declaro que recebi informações quanto ao Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e Guia de Leitura Contratual - GLC, e estou ciente dos meus direitos e deveres relativos a RN 279/11 (direito de manutenção no plano por um determinado período e pagamento da mensalidade por pessoa e faixa etária).

LOCAL	DATA	REPRESENTANTE COMERCIAL	ASSINATURA DO TITULAR

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

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

O QUE É DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o contrato do plano de saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças e 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 **Agravo**, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá 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 assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- Não haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carência 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 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 **0800-701-9556** ou consulte a página da ANS www.ans.gov.br-Perfil Beneficiário.

Beneficiário Titular

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

CPF: _____

Local

Data

Local

Data

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nome do Beneficiário Titular: _____

Nome(s) do(s) Beneficiário(s) Dependente(s):

01- _____

02- _____

03- _____

04- _____

SR. BENEFICIÁRIO, ANTES DE PREENCHER O FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE É INDISPENSÁVEL A LEITURA DAS DEFINIÇÕES E INFORMAÇÕES QUE SEGUEM.

DEFINIÇÕES:

I - Formulário de Declaração de Saúde - O presente formulário de declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) que são aquelas doenças ou lesões que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art.11 da Lei nº 9656, de 3 de Junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961, de 28 de Janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na RN 162/2007, e posteriores atualizações;

II - Cobertura Parcial Temporária (CPT) - No caso de existirem doenças e lesões preexistentes a **Prontomed** oferecerá ao Beneficiário a CPT que é a cobertura assistencial 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;

III - Agravo - Como alternativa à CPT, a Operadora pode oferecer o Agravo que 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. O Agravo é uma faculdade da Operadora **NÃO** realizada pela **Prontomed**, por ter metodologia de difícil compreensão do beneficiário e não recomendada pelo Instituto Brasileiro de Atuária.

Declaro para os devidos fins que as informações prestadas na Declaração de Saúde, relativas a mim e a meus dependentes, foram espontaneamente feitas de próprio punho, são verdadeiras e completa, e assumo, inteira responsabilidade por elas. Estou ciente que a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das coberturas, poderá implicar na rescisão do contrato, além de estar obrigado a arcar com os custos dos atendimentos obtidos em relação a cirurgia, uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, ligada a DLP. Comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, a enviar a **Prontomed** as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde e de meus dependentes, resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-a de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

Tenho ciência de que poderei ser convocado, e/ou meus dependentes para realização de qualquer exame ou perícia, após a avaliação da Declaração de Saúde ou Entrevista Qualificada

DECLARO QUE FUI ORIENTADO POR MÉDICO:	DECLARAÇÃO DO MÉDICO: Declaro que prestei as orientações necessárias para o Contratante preencher esta Declaração de Saúde
<input type="checkbox"/> DA OPERADORA	_____ Assinatura / Nome / CRM
<input type="checkbox"/> PARTICULAR	
<input type="checkbox"/> DECLARO QUE DISPENSEI A ORIENTAÇÃO DE UM PROFISSIONAL MÉDICO	

_____ de _____ de _____

Assinatura do Beneficiário Titular

Reservado para a **Prontomed** - Área Médica:

Sem restrições: () Sim () Não Descrições das preexistências, caso haja:

Descrição	Situação	CID	Data Limite
_____	Alerta Preexistência ()	_____	____/____/____
_____	Alerta Preexistência ()	_____	____/____/____
_____	Alerta Preexistência ()	_____	____/____/____

Observações: _____

Data: ____/____/____ Assinatura do médico: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

QUESTIONÁRIO A SER PREENCHIDO PELO BENEFICIÁRIO TITULAR, DE PRÓPRIO PUNHO E PELO(S) DEPENDENTE(S).

BENEFICIÁRIO

		TITULAR	DEP. 1	DEP. 2	DEP. 3	DEP. 4
01	Peso					
02	Altura					
RESPONDA "SIM" OU "NÃO" POR EXTENSO		TITULAR	DEP. 1	DEP. 2	DEP. 3	DEP. 4
03	Tem ou teve problemas de coração (angina, sopro, infarto), circulação e/ou pressão alta? Fez cirurgia cardíaca?					
04	Tem ou teve diabetes ou Tireóide?					
05	Tem ou teve doenças do sangue como anemia, mancha roxa no corpo, fraqueza, já recebeu transfusão de sangue?					
06	Faz tratamento de obesidade? Há quanto tempo?					
07	Tem ou teve doenças de rins (fez diálise ou hemodiálise), teve pedra de rins, cólica renal ou infecção renal?					
08	Tem ou teve doenças do fígado, como hepatite, amarelão, pedra na vesícula?					
09	Você fuma, tem ou teve asma, bronquite, pneumonia e/ou tuberculose (tosse frequente, chiar o peito)?					
10	Tem ou teve hérnia de qualquer tipo (caroço ou nódulo)?					
11	Tem ou teve doenças neurológicas (epilepsia, dor de cabeça frequente, mal de Parkinson, desmaio)?					
12	Tem ou teve doenças nas articulações, fratura ou luxação não tratada (dor na coluna, joelho em falso, osteoporose)?					
13	Tem ou teve catarata ou glaucoma (dificuldade visual)?					
14	Sofre alguma doença ou transtornos mentais ou psiquiátricos, dependência química (álcool, drogas, etc)?					
15	Tem ou teve problemas de câncer de qualquer natureza (já fez quimioterapia ou radioterapia)?					
16	Tem ou teve doenças sexualmente transmissíveis, doenças infecto contagiosas e/ou possui sorologia positiva para HIV, doenças venéreas (gonorréia, sífilis)?					
17	Tem ou teve problemas de varizes, fez cirurgia?					
18	Tem, teve ou possui histórico familiar de alguma doença congênita?					
19	Você está grávida? Se estiver, de quantos meses?					
20	É portador de deficiência de órgão, membro ou sentido (membros atrofiados)?					
21	Está sendo submetido no momento a algum tratamento médico? Usa algum medicamento, se sim, quais medicamentos?					
22	Tem ou teve alguma doença não relacionada acima? Já fez alguma cirurgia?					
23	Tem algum tratamento clínico ou cirúrgico programado ou indicado para os próximos meses?					

PARA QUALQUER RESPOSTA AFIRMATIVA ESCLARECER ABAIXO

ITEM ACIMA	BENEFICIÁRIO	ESCLARECIMENTOS SOBRE A DECLARAÇÃO DE SAÚDE	CID

CARÊNCIAS A SEREM CUMPRIDAS

Procedimento e dias a serem cumpridos após a adesão

Consultas	Exames simples	Intern. clínicas e cirúrgicas
Urgência e emergência	Proc. exames de alta complexidade	Partos a termo
Preexistência		

Local

Assinatura do Titular ou Responsável (igual identidade)

Data

Assinatura Responsável da Operadora