

allcare

PLANO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COLETIVO POR ADESÃO
Lei nº 9.656/98

Grupo
NotreDame
Intermédica

SUL

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 34078-2

AllCare Administradora de Benefícios São Paulo LTDA CNPJ: 07.674.593/0001-10
Endereço: Alameda Santos, 1357, 2º andar, Cerqueira César - São Paulo/SP - CEP: 01419-001

Início de vigência

Área de Comercialização:

Essa proposta é válida somente para usuários residentes no Estado de Santa Catarina/SC e Paraná/PR.

No Estado do Paraná: Araucária, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Pinhais e São José dos Pinhais.**No Estado de Santa Catarina:** Balneário Camboriú, Barra Velha, Blumenau, Bombinhas, Brusque, Gaspar, Ilhota, Indaial, Itajaí, Itapema, Jaraguá do Sul, Joinville, Navegantes, Penha, Balneário Piçarras, Pomerode, Porto Belo, São João do Itaperiú e Timbó.

Mês de reajuste do contrato

AGOSTO

Produtor

Cód. da Concessionária

Nome da Concessionária

Nome da Concessionária (continuação)

DDD

Telefone

Cód. do Gerente / Supervisor

CPF do Gerente / Supervisor

Nome do Gerente / Supervisor

Nome do Gerente / Supervisor (continuação)

Nome do Vendedor

CPF do Vendedor

Dados da Entidade conveniada

Nome da Entidade:

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)



PLANO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COLETIVO POR ADESÃO
Lei nº 9.656/98



SUL

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 34078-2

Folha 02/16

LINHA DE PRODUTOS CLINIPAM

Linha de Produto / ANS	Segmentação	Acomodação	Abrangência	Característica
<input type="checkbox"/> LIFE CNP AD CP ENF 486.332/20-1	amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Grupo de Municípios	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> LIFE CNP AD CP APTO 486.346/20-1	amb. + hospitalar + obstetria	Apartamento	Grupo de Municípios	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> ESSENCIAL CNP AD CP ENF 486.345/20-3	amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Grupo de Municípios	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> ESSENCIAL CNP AD CP APTO 486.347/20-0	amb. + hospitalar + obstetria	Apartamento	Grupo de Municípios	Com Coparticipação
<input type="checkbox"/> MASTER REFERÊNCIA COLETIVO 419.947/99-7	amb. + hospitalar + obstetria	Enfermaria	Grupo de Municípios	Sem Coparticipação

Declaração - Plano Referência.

Declaro que me foi ofertado, como primeira opção de contratação, o Plano Referência da Cliniplam, 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 02 desta Proposta.

Assinatura do titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

allcare

PLANO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COLETIVO POR ADESÃO
Lei nº 9.656/98

Grupo
NotreDame
Intermédica

SUL

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 34078-2

Folha 03/16

Dados do Proponente Titular

CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*		
Nome Completo e sem Abreviações (continuação)		Profissão	
Cartão Nacional de Saúde (SUS)		Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)	
Nome Completo do Mãe e sem Abreviações*			
Código do PIS/PASEP		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros	
Data de Nascimento*	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Haverá inclusão de dependentes no contrato? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Município de Nascimento*			

Endereço Residencial

CEP	Logradouro		
Logradouro (continuação)		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 titular for menor de 18 anos)

Nome Completo e sem Abreviações do Responsável			
CPF*	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros		
Data de Nascimento	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)



PLANO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COLETIVO POR ADESÃO
Lei nº 9.656/98



SUL

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 34078-2

Relação dos Dependentes

Folha 04/16

01	CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*	
	Nome Completo e sem Abreviações (continuação)		
	Nº do Cartão Nacional de Saúde	DN – Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)	
	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros	
	Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros
	Nome Completo da Mãe e sem Abreviações*		
	Código do PIS/PASEP	Município de Nascimento*	
02	CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*	
	Nome Completo e sem Abreviações (continuação)		
	Nº do Cartão Nacional de Saúde	DN – Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)	
	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros	
	Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros
	Nome Completo da Mãe e sem Abreviações*		
	Código do PIS/PASEP	Município de Nascimento*	
03	CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*	
	Nome Completo e sem Abreviações (continuação)		
	Nº do Cartão Nacional de Saúde	DN – Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)	
	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros	
	Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros
	Nome Completo da Mãe e sem Abreviações*		
	Código do PIS/PASEP	Município de Nascimento*	

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)



PLANO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COLETIVO POR ADESÃO
Lei nº 9.656/98



SUL

ANS - n°41728-9

ANS - n°34078-2

Folha 05/16

04	CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*				
	Nome Completo e sem Abreviações (continuação)					
	Nº do Cartão Nacional de Saúde	DN – Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)				
	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros
	Data de Nascimento	Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco		
	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros					
	Nome Completo da Mãe e sem Abreviações*					
Código do PIS/PASEP			Município de Nascimento*			

05	CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*				
	Nome Completo e sem Abreviações (continuação)					
	Nº do Cartão Nacional de Saúde	DN – Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)				
	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros
	Data de Nascimento	Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco		
	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros					
	Nome Completo da Mãe e sem Abreviações*					
Código do PIS/PASEP			Município de Nascimento*			

Os dados informados serão preservados pela AllCare Administradora, sendo utilizados para os fins de execução desta Proposta, bem como para apoio administrativo ao Proponente nas questões relativas ao plano de saúde, e em ações de prevenção e promoção à saúde.

Adesão e Vigência

Data de Adesão	Data da vigência e da cobertura assistencial	Vencimento do boleto/débito automático
01 a 10	Dia 01 do mês subsequente	Todo dia 01 de cada mês
11 a 20	Dia 10 do mês subsequente	Todo dia 10 de cada mês
21 a 31	Dia 20 do mês subsequente	Todo dia 20 de cada mês

**O início da vigência dos benefícios definirá a data de vencimento das mensalidades, na forma da tabela acima, ficando desde já estabelecido que a data de vencimento das mensalidades não poderá ser alterada a pedido do beneficiário.

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

*Campos obrigatórios conforme exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



PLANO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COLETIVO POR ADESÃO
Lei nº 9.656/98



SUL

ANS - n°41728-9

ANS - n°34078-2

Folha 06/16

Valores mensais previstos de acordo com a tabela de vendas vigente - em reais

Proponente	Idade	Valor do Plano de Saúde	Total
Titular			
Dependentes	1		
	2		
	3		
	4		
	5		

R\$ 0,00

Valor Total dos proponentes a ser cobrado diretamente pela Administradora.

Atenção: Os valores indicados ao lado sofrerão mudança na incidência do

(I) reajuste financeiro: que ocorre na data do aniversário do contrato firmado entre a AllCare Administradora e a Clinipam ou na menor periodicidade permitida em lei;

(II) reajuste por sinistralidade: que ocorre na data do aniversário do contrato firmado entre a AllCare Administradora e a Clinipam ou na menor periodicidade permitida em lei; e

(III) reajuste por faixa etária: que ocorre a qualquer tempo 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. A tabela de faixa etária encontra-se na folha **15/16** desta Proposta.

Taxa de Angariação - Corretagem

A cobrança de eventual remuneração pelos serviços de corretagem prestados em razão da captação, aproximação e obtenção do resultado útil na contratação do plano de saúde quando proposta pelo Corretor Angariador e **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 antecipará e/ou modificará o início da vigência previsto na folha **05/16** desta Proposta.

Declaro que possuo plena ciência de que a taxa de angariação paga ao angariador nesta data, em decorrência da prestação de serviços deste nesta contratação, possui valor diverso do valor das mensalidades do plano de saúde por mim contratado.

Declaro estar ciente e de acordo que o valor da primeira mensalidade do plano contratado será cobrado exclusivamente pela Administradora, por intermédio de boleto bancário ou débito em conta corrente, no valor fixado na folha **06/16**.

Declaro estar ciente e de acordo que o início da vigência da cobertura assistencial contratada se dará na data fixada na folha **05/16** desta Proposta, independentemente do pagamento de eventual Taxa de Angariação diretamente ao Corretor.

Assinatura do titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

allcare

PLANO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COLETIVO POR ADESÃO
Lei nº 9.656/98

Grupo
NotreDame
Intermédica

SUL

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 34078-2

Folha 07/16

Cobrança

Boleto bancário

Atenção: A Administradora de Benefícios disponibiliza em seu site: www.allcare.com.br, o boleto bancário para pagamento do benefício.

Autorizo o envio dos boletos mensais através de e-mail e SMS em meus contatos informados abaixo, em substituição do envio do boleto bancário através dos correios.

Celular

e-mail

Débito automático em conta-corrente

Somente para os bancos autorizados pela AllCare (consulte-os em nosso site)

Autorizo o banco indicado abaixo a debitar em minha conta-corrente, abaixo discriminada, por tempo indeterminado, o valor informado pela AllCare Administradora de Benefícios São Paulo Ltda., através de meios magnéticos, na(s) respectiva(s) data(s) de vencimento, conforme disposto na página **5/16** desta proposta, submetendo-me às normas internas daquela instituição financeira.

Dados bancários do titular

Nº do banco	Banco	Nº da agência	Dígito	Nº da conta-corrente	Dígito

Após a aceitação desta Proposta de Adesão, a primeira mensalidade será cobrada pela **ADMINISTRADORA**, diretamente do Proponente Titular ou Responsável Financeiro do Contrato, através de boleto bancário correspondente ou débito em conta corrente, de acordo com os valores aqui definidos.

Os dados informados serão preservados pela AllCare Administradora, sendo utilizados única e exclusivamente para os fins desta Proposta, sendo vedada a sua comercialização e ou divulgação sem a anuência do cliente.

Estou ciente e concordo que, por meio deste documento, ao aderir ao plano de saúde, concordo com a forma de comunicação digital, tornando eficaz e válida toda comunicação realizada pela AllCare aos seus beneficiários, por meios eletrônicos habituais de envio, como, por exemplo, o e-mail, o WhatsApp, SMS, e/ou outro que passe a ser utilizado de maneira comum. Mantenho o compromisso de sempre atualizar meus dados informados, e de acessar meus meios de comunicação digital com frequência.

Estou ciente que meu boleto mensal será enviado exclusivamente ao meu e-mail cadastrado. E que poderá ser retirado no **Portal do Beneficiário**: <https://beneficiario.allcare.com.br/> ou no WhatsApp (11) 3003-6400.

Assinatura do titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)



PLANO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COLETIVO POR ADESÃO
Lei nº 9.656/98



SUL

ANS - n°41728-9

ANS - n°34078-2

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 de que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para 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 dessa 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 essa doença ou lesão.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES DE QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO

A Operadora não poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isso 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 carência 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, endoscopia 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 carência estabelecidos no contrato.

Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da Operadora para essa doença ou lesão.

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)



PLANO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COLETIVO POR ADESÃO
Lei nº 9.656/98



SUL

ANS - n°41728-9

ANS - n°34078-2

Folha 09/16

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES DE QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO

A Operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, nesse 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 à doença ou lesão não declarada.

Até o julgamento final do processo pela ANS, **não** poderão 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, 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 (Proponente Titular ou Responsável)

Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)



PLANO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COLETIVO POR ADESÃO
Lei nº 9.656/98



SUL

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 34078-2

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 você saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual.
2. Você tem o direito de preencher esta Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede credenciada ou referenciados da Clinipam, sem qualquer ônus. Caso você opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Clinipam, poderá fazê-lo, desde que você se responsabilize pelos honorários médicos deste profissional.
3. Conforme disposto na RN 162 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 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, caso estes fatos venham a ser comprovados junto à ANS.
5. Às doenças ou lesões declaradas nesta Declaração de Saúde é oferecida Cobertura Parcial Temporária CPT pela Clinipam, de acordo com o prazo e as condições de suspensão de cobertura, conforme descrito no item 3.

Nome da Empresa

Nome do Titular (Obrigatoriamente nome completo)

Nome do Dependente 1 (Obrigatoriamente nome completo)

Nome do Dependente 2 (Obrigatoriamente nome completo)

Nome do Dependente 3 (Obrigatoriamente nome completo)

Nome do Dependente 4 (Obrigatoriamente nome completo)

DEVE SER PREENCHIDO PELO TITULAR E REPRESENTANTE LEGAL

Assinale com S(Sim) ou N(Não)

Item	Perguntas	Titular	Dependentes / Agregados			
			1	2	3	4
1.	Alguma doença dos olhos (uso de óculos ou lentes, miopia, astigmatismo, estrabismo, catarata, doença da retina, ceratocone e outros)?					
2.	Alguma doença da audição, do ouvido, do nariz ou da garganta (surdez, aparelho auditivo, rinite, sinusite, amigdalite, desvio de septo ou outro)?					
3.	Alguma doença do cérebro, do sistema nervoso ou doença psiquiátrica (convulsão, derrame, AVC, aneurisma, paralisia cerebral, paralisia de algum membro, lesão de medula, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, depressão, esquizofrenia e outros)?					
4.	Alguma doença do coração (pressão alta, angina, infarto, arritmia, aneurisma, coração dilatado, marca-passo, sopro, stent, ponte de safena, Chagas, febre reumática e outras)? Nasceu com doença do coração ou cirurgia cardíaca? Tem varizes ou algum problema de circulação nas pernas?					
5.	Alguma doença respiratória ou do pulmão? (asma, bronquite, enfisema, tuberculose, pneumonia e outras)?					
6.	Alguma doença dos rins ou da bexiga (cálculo renal, insuficiência renal, diálise, infecção de urina de repetição, incontinência ou perda de urina, cisto renal, doença policística, sangramento na urina, nódulo ou tumor de rim e outras)?					
7.	Alguma doença da mama, genital ou sistema reprodutor feminino (cisto ou tumor de ovário, ovário policístico, cisto de mama, tumor ou nódulo de mama, câncer de mama, mioma, sangramento vaginal, câncer de colo de útero, bexiga caída, infertilidade e outras)?					
8.	Alguma doença do genital ou sistema reprodutor masculino (ginecomastia, doença de próstata, câncer de próstata, hiperplasia ou inchaço da próstata, estreitamento da uretra, fimose, hidrocele, varicocele, impotência sexual, doença dos testículos, infertilidade e outras)?					
9.	Alguma doença do sangue, reumatismo, doença imunológica, do colágeno ou autoimune (anemia, anemia falciforme, leucemias, linfoma, púrpura, HIV ou AIDS, Chagas, lúpus, esclerose múltipla, artrite reumatoide, psoríase, doença da coagulação, febre reumática e outras)?					
10.	Alguma doença do sistema digestivo (hérnia umbilical, hérnia inguinal, outras hérnias, gastrite, pedra na vesícula, reflúxo, doença do intestino, doença de Crohn, colites, hepatite B, hepatite C, outras hepatites, cirrose, outras doenças do fígado ou pâncreas)?					
11.	Tem obesidade ou sobrepeso? Tem diabetes, doença da tireoide, outra doença endócrina ou do metabolismo? Alguma doença do crescimento?					
12.	Alguma doença dos ossos ou da coluna (artrose, hérnia de disco, desvio de coluna, osteoporose, lesão de ligamento ou tendão, doença do fêmur ou joelho, bursites, tendinites, artrites, fraturas, placas, pinos, próteses e outras)? Alguma doença dos ossos da face, mandíbula ou cirurgia de bucomaxilofacial?					
13.	Algum tumor benigno, maligno ou câncer (leucemia, linfoma, câncer de mama, pulmão, fígado, tumor ou pólipos de intestino, tumor ou câncer da próstata, melanoma e outros tumores de pele, tumor de boca ou outros tipos de câncer)?					
14.	Alguma outra doença com necessidade de internação e/ou cirurgia que não foi mencionada acima? Alguma doença genética, de nascença ou congênita?					
15.	Informar peso:	Titular	Dep./Agr.(1)	Dep./Agr.(2)	Dep./Agr.(3)	Dep./Agr.(4)
16.	Informar altura:	Titular	Dep./Agr.(1)	Dep./Agr.(2)	Dep./Agr.(3)	Dep./Agr.(4)

Caso você e/ou seu(s) dependente(s)/agregado(s) presente(m) alguma das situações anteriores, por favor, especifique(m) datas, tratamentos, realização de cirurgias, situação atual ou demais dados que considerarem importantes para avaliação médica e o número do dependente/agregado. Se dispuser de relatório médico, ou laudo de exames e/ou cirurgias a respeito da doença referida, junte a esta Declaração de Saúde.



PLANO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COLETIVO POR ADESÃO
Lei nº 9.656/98



SUL

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 34078-2

Item (Pergunta)	Tit. / Nº do dependente / agregado	Data / Evento - Descrição / Esclarecimento / CID

Eu, proponente titular, declaro que:

Entendi o conteúdo das Informações Importantes e de todas as perguntas da Declaração de Saúde e dispensei orientação médica para respondê-las, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas. Aceitei oferta de Cobertura Parcial Temporária – CPT em relação às doenças e lesões declaradas neste documento. Autorizo a operadora a solicitar a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, exames, prontuários e informações necessárias para a elucidação de qualquer assunto que se relacione com a presente Declaração de Saúde. As informações de saúde relativas a mim e a meu(s) dependente(s)/agregado(s) são verdadeiras e completas, e que foram espontaneamente fornecidas, estando ciente de que a omissão de fatos e/ou o preenchimento incorreto desta declaração poderá acarretar as consequências previstas na legislação de rescisão contratual e de responsabilidade do beneficiário por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso venha a ser comprovada junto à ANS.

Nos termos do artigo 16 da Lei nº 9.656/98 e observada a Súmula 27 da ANS, tenho ciência de que a Clinipam reserva-se o direito de exigir a realização de entrevista médica qualificada como condição de aceitação desta contratação, em especial para as hipóteses de conflito entre as informações constantes no item 11 em relação ao peso e altura informados na Declaração de Saúde, de forma a esclarecer o conhecimento ou não quanto à patologia de obesidade mórbida.

Estou ciente que a Administradora de Benefícios e a Operadora poderão realizar a coleta, uso, armazenamento, tratamento e proteção de meus dados pessoais e dados pessoais dos meus dependentes, incluindo, mas não se limitando as doenças ou lesões preexistentes declaradas, para fins cumprimento de obrigações perante os órgãos reguladores, como a ANS. Estou ciente de que estes dados serão utilizados com o objetivo identificar os prazos de carência ou cobertura parcial temporária que poderão ser imputados ao contrato. Para mais informações, acesse <https://www.gndi.com.br/politicas-de-privacidade> e www.allcare.com.br

Autorizo a Operadora a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas, laboratórios ou a mim através de contato telefônico, exames, prontuários e outras informações necessárias a quaisquer esclarecimentos relacionados a esta Declaração de Saúde.

Local e data

Assinatura do Titular ou Representante Legal

Médico / Carimbo CRM



PLANO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COLETIVO POR ADESÃO
Lei nº 9.656/98



SUL

ANS - n°41728-9

ANS - n°34078-2

CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO

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 contrato de plano de assistência à saúde coletivo por adesão (os "**benefícios**"), celebrado entre a **AllCare Administradora de Benefícios São Paulo Ltda.** (a "**Administradora de Benefícios**") e a **Clínica Paranaense de Assistência Médica Ltda** (a "**Operadora**") indicado na página 2 desta Proposta e destinado à população que mantenha vínculo com a minha "**Entidade**", que é a Pessoa Jurídica indicada na página **1/16** desta **Proposta**.

2. Somente serão aceitos como dependentes: **a)** O cônjuge do Beneficiário Titular; **b)** O companheiro do Beneficiário Titular, na forma estabelecida pelo Código Civil; **c)** Os enteados (as), filhos (as) naturais ou adotivos (as), solteiros (as), até 39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias ou de qualquer idade, se inválidos físicos ou mentalmente em caráter permanente, mediante comprovação da incapacidade; **d)** Os tutelados até 18 (dezoito) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias; **e)** Menores sob guarda até 20 (vinte) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias, de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente

3. 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(s) **benefício(s)**, sabendo que **omissões ou dados incorretos** acarretarão a perda de todos os meus direitos, bem como o(s) do(s) meu(s) dependente(s), decorrente(s) do(s) **benefício(s)**.

4. Aceita esta **Proposta**, o(s) **benefício(s)** será(ão) disponibilizado a partir da data indicada no campo “Início da Vigência”, constante na página **1/16** da presente, e tanto eu quanto meu(s) dependentes(s) indicado(s) passaremos a ser denominado “beneficiários”.

5. Assumindo a condição de **beneficiário**, ficam outorgados à **Administradora de Benefícios** amplos poderes para me representar, assim como o(s) meu(s) **beneficiário(s) dependente(s)**, perante a(s) **Operadora(s)** e outros órgãos, em especial a **ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar**, no cumprimento e/ou nas alterações deste(s) **benefício(s)**, bem como nos reajustes dos seus valores mensais.

6. Tenho ciência de que a vigência indicada na página **1/16** desta proposta está de acordo com o período de adesão informado na página **5/16** e não se confunde com a vigência do contrato coletivo por adesão entre Administradora de Benefícios e Operadora, que ocorre todo mês de **Agosto**.

7. Poderei, assim como meu(s) **beneficiário(s) dependente(s)**, utilizar o(s) benefício(s) por meio dos prestadores próprios ou credenciados da(s) **Operadora(s)**, respeitadas as **condições contratuais** e a disponibilidade dos planos, conforme definidas com a **Entidade**. Estou ciente de que, para todos os planos destes contratos coletivos, a(s) **Operadora(s)** poderá(ão) se utilizar do direcionamento, do referenciamento ou da hierarquização de acesso para os procedimentos de alta complexidade e/ou de alto custo e/ou internações, preferencialmente para sua rede própria de prestadores;

8. O benefício de planos de assistência à saúde estão relacionados no “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde” e suas diretrizes, instituídos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no tratamento das doenças codificadas na versão 10 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), observadas as condições gerais deste(s) benefício(s);

9. As **coberturas excluídas** do benefício de plano de assistência à saúde são aquelas citadas na Lei nº 9.656/98 e as não incluídas no “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde” e suas diretrizes da **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**;



PLANO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COLETIVO POR ADESÃO
Lei nº 9.656/98



SUL

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 34078-2

10. Tenho ciência dos prazos de **carência** para utilização dos **benefícios**, conforme tabela indicativa a seguir, o qual a contagem se iniciará a partir da vigência do benefício. Para efeitos da isenção de carências, deve-se observar as normas regulamentares da **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS** e a legislação em vigor e, se houver redução de carências, deve-se observar o **Aditivo de Redução de Carências**, que acompanha a Proposta;

Grupo de Benefícios	CARÊNCIA CONTRATUAL
Urgência e Emergência	24 horas
Consultas Médicas	30 dias
Análises Clínicas, Anatomia Patológica (exceto sob sedação ou vídeo), Raio-X Simples e Eletrocardiograma	30 dias
Ultrassonografia, Audiometria, Impedanciometria e Eletroneuromiografia	120 dias
Radiologia Contrastada, Eletroencefalograma, Endoscopia Digestiva, Fisioterapia, Testes Oftalmológicos e Otorrinolaringológicos, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, demais Exames e Procedimentos Ambulatoriais	180 dias
Internamentos Clínicos e Cirúrgicos	180 dias
Parto a Termo	300 dias

11. Havendo na “**Declaração de Saúde**” a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), poderá ser aplicada pela(s) **Operadora(s)** a **Cobertura Parcial Temporária (CPT)**, a qual admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de **início de vigência** do(s) benefício(s), 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).

12. A realização de: (I) exames de alta complexidade; (II) internações; (III) remoções; (IV) procedimentos especiais; depende de **autorização prévia** da **Operadora**;

13. As características do(s) **benefício** relativas a: (I) segmentação assistencial; (II) acomodação em internação; e (III) abrangência geográfica estão definidas na página **1/16** desta **Proposta Contratual**, assim como a área de comercialização;

14. Nas internações psiquiátricas, o custeio integral será de **30 (trinta) dias** de internação. A partir deste período, além da coparticipação regular, prevista nesta proposta para qualquer internação, haverá coparticipação de **50% (cinquenta por cento)**, incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de **01 (um) ano de Contrato**;

15. Tenho ciência que devo comunicar expressa e imediatamente à **Administradora de Benefícios** (I) toda e qualquer alteração cadastral, tais como exclusão e/ou inclusão de dependentes, mudança de endereço, correção de informações, etc; (II) a perda ou extravio da carteirinha de identificação; e (III) a perda do vínculo que mantenho com a Entidade;



PLANO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COLETIVO POR ADESÃO
Lei nº 9.656/98



SUL

ANS - n°41728-9

ANS - n°34078-2

16. Tenho ciência que devo comunicar expressamente à **Administradora de Benefícios** o **pedido de minha exclusão do plano** através dos seguintes canais de atendimento: **I.** Central de Atendimento ao Cliente; **II.** Site da AllCare: www.allcare.com.br; e **III.** Presencial nos endereços da AllCare Administradora disponíveis no site.

17. Tenho ciência que a solicitação do cancelamento do plano deverá ser formalizada à **Operadora** ou à **Administradora de Benefícios**, que tomará as medidas cabíveis, em conformidade com a Resolução Normativa nº 412, de 10 de novembro de 2016, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

18. Tenho ciência de que o cancelamento do plano não me isentará da cobrança dos valores referentes a minha coparticipação e de meus dependentes e as despesas pela utilização dos benefícios após o cancelamento do plano.

18.1. Valores de coparticipação:

Segmento Ambulatorial

Procedimento	Valor de Coparticipação
Atendimento Equipe Cuidado Virtual	Isto
Consultas Médico de Família (virtual e físico)	R\$ 15,00 (quinze reais) por consulta realizada, com isenção das primeiras seis consultas por ano de contrato
Consultas Especialista Virtual	R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) por consulta realizada
Consultas Especialista Presencial	R\$ 40,00 (quarenta reais) por consulta realizada
Consultas de Urgência e Emergência	R\$ 50,00 (cinquenta reais) por consulta realizada
Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamento	40% (quarenta por cento) sob o valor utilizado, limitado ao valor de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por procedimento
Terapias em geral, incluindo, mas não se limitando a Sessões de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, Diálise Peritoneal, Hemoterapia	40% (quarenta por cento) sob o valor utilizado, limitado ao valor de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por sessão.

Segmento Hospitalar

Procedimento	Valor de Coparticipação
Internação: (exceto psiquiátrica que tem regras definida na Cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos das Condições Gerais).	R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por evento de internação

Isenção de Coparticipação nas Internações: Em Santa Catarina - na rede própria; No Paraná – na rede própria e credenciada.

18.1.1. O valor máximo de coparticipação será de acordo com a legislação vigente à época da contratação.

18.1.2. Os valores de coparticipação, e do limite das mesmas, serão reajustados anualmente, na data em que forem reajustadas as contraprestações pecuniárias mensais, com base no índice financeiro definido pela Operadora.

19. Tenho ciência que, a **data de vencimento** da mensalidade do(s) meu(s) plano(s) será aquela indicada na página **5/16** desta **Proposta**, e o atraso no pagamento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do(s) benefício(s), mais acréscimo de mora diária de 0,0333% (zero vírgula zero três três três por cento) sobre o valor total do(s) benefício(s);



PLANO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COLETIVO POR ADESÃO
Lei nº 9.656/98



SUL

ANS - n°41728-9

ANS - n°34078-2

20. Tenho ciência que a inadimplência por período superior a **30 (trinta) dias** após o **vencimento original da mensalidade**, acarretará a **exclusão** do titular e seus dependentes do plano de saúde tratados no presente instrumento de adesão.

21. Poderei postular nova adesão ao(s) **benefício(s)** após feita nova análise e **aceitação** das condições de minha **elegibilidade**. A nova adesão poderá estar sujeita ao cumprimento de **novos prazos de carência parciais ou totais**, de acordo com os normativos da legislação em vigor,

22. No caso de inadimplência do valor mensal do(s) **benefício(s)**, inclusive dos valores de coparticipação, se for o caso, por período **superior a 30 (trinta) dias**, a contar da data de seu vencimento, a **Administradora de Benefícios** poderá usar todos os meios legais e necessários para obter a cobrança dos valores em atraso, gerando, inclusive, a inscrição desta informação nos **Serviços de Proteção ao Crédito**;

23. Em caso de cancelamento do(s) benefício(s), desativarei 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(s) **benefício(s)**, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o meu conhecimento;

24. Não haverá nenhuma continuidade deste(s) benefício(s), 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 empresariais, hipóteses essas totalmente diversas das que se aplicam a este(s) benefício(s);

25. O valor mensal do(s) benefício(s) poderá sofrer os seguintes reajustes: (I) reajuste financeiro e/ou por índice de sinistralidade, que ocorre anualmente no mês indicado na página 1 desta proposta de adesão ou na menor periodicidade permitida em lei, independentemente da data da minha adesão a esta proposta, para atualização monetária e pela alteração de custos, utilização dos serviços médicos e uso de novas tecnologias; (II) **reajuste por mudança de faixa etária**, que ocorre quando o beneficiário titular ou dependente completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava, conforme tabela a seguir; e (III) reajuste(s) em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**;

Reajuste por faixa etária

FAIXA ETÁRIA	VARIAÇÃO
Até 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	34,98%
De 24 a 28 anos	18,18%
De 29 a 33 anos	4,48%
De 34 a 38 anos	3,34%
De 39 a 43 anos	10%
De 44 a 48 anos	30%
De 49 a 53 anos	30%
De 54 a 58 anos	30%
59 anos ou mais	44,13%

26. Tenho ciência que devo encaminhar prontamente à **Administradora de Benefícios** e/ou à(s) Operadora(s), quando qualquer uma delas solicitar documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas;

27. Tenho ciência que devo informar imediatamente a administradora de benefícios a eventual perda de vínculo que mantenho com a entidade indicada;

28. 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;

29. O Foro para dirimir quaisquer questões oriundas da presente **Proposta** é o do meu domicílio.



PLANO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COLETIVO POR ADESÃO
Lei nº 9.656/98



SUL

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 34078-2

TERMO DE DECLARAÇÃO, CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO

1. Este instrumento é meu Contrato de Adesão (a "**Proposta**") ao contrato de plano de assistência à saúde coletivo por adesão (os "**benefícios**"), celebrado entre a **AllCare Administradora de Benefícios São Paulo Ltda.** (a "**Administradora de Benefícios**") e a **Clínica Paranaense de Assistência Médica Ltda.** (a "**Operadora**") e destinado à população que mantenha vínculo com a minha "**Entidade**", que é a Pessoa Jurídica indicada na página 1/16 desta **Proposta**.
2. Tenho ciência de que a rede credenciada está disponível nos sites da operadora (www.gndisul.com.br).
3. Declaro que tenho ciência de que o **Rol de Procedimentos Médicos** tem sua atualização sob responsabilidade da **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS** e está disponível no site: www.ans.gov.br e acessível por meio do site das operadoras.
4. Declaro estar ciente de que o cancelamento do meu plano não me isentará de quitar o valor referente à minha **coparticipação** e de meus dependentes, nem mesmo as despesas pela utilização dos benefícios após o cancelamento do plano.
5. Declaro que a Administradora de Benefícios apresentou como primeira opção de contratação o **Plano Referência**, que possui, dentre as suas características, cobertura para internação em padrão enfermagem e cobertura integral para todos os eventos não preexistentes caracterizados nos termos da **Lei nº 9.656/98**, como urgência e emergência, a partir de 24 horas de vigência contratual, e que, após os esclarecimentos sobre o referido plano, optei pela contratação do(s) plano(s) mencionados na página 2/16 desta proposta.

Após a leitura e total concordância com as condições prévias para a aceitação desta Proposta Contratual, declaro que de livre e espontânea vontade manifesto a intenção de fazer minha adesão e a do(s) meu(s) dependente(s), indicada(s) nas páginas 3, 4 e 5 desta Proposta, ao benefício.

Declaro ter recebido, lido e compreendido, neste ato, o "**Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde**" e a 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 médico-hospitalares são disponibilizados no portal, de responsabilidade da Operadora, bem como o "**Guia de Leitura Contratual (GLC)**"; serão enviados a mim tão logo eu e meu(s) dependente(s) tenhamos sido aceitos e nossos registros estejam regularizados na Operadora. O **Guia de Leitura Contratual (GLC)** e o **Manual para Contratação do Plano de Saúde (MPS)** constam no site da **Administradora de Benefícios: www.allcare.com.br**

Estou ciente que o início da vigência e da cobertura assistencial do plano escolhido por meio desta proposta se dará no prazo definido na folha 1/16 e 5/16 e está condicionada à comprovação de minha elegibilidade na entidade com a qual mantenho vínculo.

Local e data

Assinatura do titular ou responsável pelo menor
(passível de reconhecimento em cartório)

Em caso de dúvida, ligue para a Central de Atendimento AllCare:

0800 941 4962 / 3003-6400

www.allcare.com.br