

<input type="checkbox"/> Inclusão de novo titular	<b>Início da vigência do benefício:</b> _____ / _____ / 20____	<b>Entidade:</b> _____
<input type="checkbox"/> Inclusão de dependente (s)		

Empresa Contratante	Lotação
---------------------	---------

### PROPONENTE TITULAR

Nome completo		Nome completo da mãe	
<small>(continuação)</small>			
<small>(continuação)</small>			
Data de nascimento	Sexo	Estado civil	
CPF	RG	CNS (Cartão Nacional de Saúde)	Carência <input type="checkbox"/> Contratual <input type="checkbox"/> Aproveitamento [A] [B] [C]
Endereço residencial completo (endereço para cobrança)		Complemento	Número residencial
CEP	Bairro	Cidade	UF
Telefone residencial	Telefone celular	E-mail	Código Plano Anterior (se houver) S.O.S Remoção Unimed <input type="checkbox"/>

### DEPENDENTES

**1** Nome completo

Data de nascimento	Sexo	Estado civil	Parentesco	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	Código Plano Anterior (se houver)
CPF	RG	CNS (Cartão Nacional de Saúde)	Carência <input type="checkbox"/> Contratual <input type="checkbox"/> Aproveitamento [A] [B] [C]	Nome da mãe S.O.S Remoção Unimed <input type="checkbox"/>	

**2** Nome completo

Data de nascimento	Sexo	Estado civil	Parentesco	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	Código Plano Anterior (se houver)
CPF	RG	CNS (Cartão Nacional de Saúde)	Carência <input type="checkbox"/> Contratual <input type="checkbox"/> Aproveitamento [A] [B] [C]	Nome da mãe S.O.S Remoção Unimed <input type="checkbox"/>	

**3** Nome completo

Data de nascimento	Sexo	Estado civil	Parentesco	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	Código Plano Anterior (se houver)
CPF	RG	CNS (Cartão Nacional de Saúde)	Carência <input type="checkbox"/> Contratual <input type="checkbox"/> Aproveitamento [A] [B] [C]	Nome da mãe S.O.S Remoção Unimed <input type="checkbox"/>	

**4** Nome completo

Data de nascimento	Sexo	Estado civil	Parentesco	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	Código Plano Anterior (se houver)
CPF	RG	CNS (Cartão Nacional de Saúde)	Carência <input type="checkbox"/> Contratual <input type="checkbox"/> Aproveitamento [A] [B] [C]	Nome da mãe S.O.S Remoção Unimed <input type="checkbox"/>	

**5** Nome completo

Data de nascimento	Sexo	Estado civil	Parentesco	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	Código Plano Anterior (se houver)
CPF	RG	CNS (Cartão Nacional de Saúde)	Carência <input type="checkbox"/> Contratual <input type="checkbox"/> Aproveitamento [A] [B] [C]	Nome da mãe S.O.S Remoção Unimed <input type="checkbox"/>	

## PLANO ASSISTENCIAL SAÚDE PRETENDIDO

### COLETIVO EMPRESARIAL - LIVRE ADESÃO

#### 1161 - FÁCIL PERFIL

- Enfª.** - N° ANS: 471.634/14-5  
 **Aptº.** - N° ANS: 471.635/14-3

**Área de abrangência:** Grupo de Municípios  
**Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia  
**Fator moderador:** Co-participação  
**Serviços adicionais:** SOS Emergências Médicas  
Em caso de urgência ligue 0800 28 39 505

#### 1207 - PERSONAL SMART EMPRESARIAL

- Enfª.** - N° ANS: 483.442/19-9

**Área de abrangência:** Grupo de Municípios  
**Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia  
**Fator moderador:** Co-participação

#### 1351 - PERFIL REGIONAL EMPRESARIAL SOS

- Enfª.** - N° ANS: 485.100/20-5  
 **Aptº.** - N° ANS: 485.101/20-3

**Área de abrangência:** Grupo de Municípios  
**Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia  
**Fator moderador:** Co-participação  
**Serviços adicionais:** SOS Emergências Médicas  
Em caso de urgência ligue 0800 28 39 505

#### 1163 - PARTICIPATIVO ESTADUAL EMPRESARIAL SOS

- Enfª.** - N° ANS: 476.707/16-1  
 **Aptº.** - N° ANS: 475.371/16-2

**Área de abrangência:** Estadual  
**Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia  
**Fator moderador:** Co-participação  
**Serviços adicionais:** SOS Emergências Médicas  
Em caso de urgência ligue 0800 28 39 505

#### 1248 - PREMIUM NACIONAL COLETIVO EMPRESARIAL SOS

- Enfª.** - N° ANS: 476.636/16-9  
 **Aptº.** - N° ANS: 476.637/16-7

**Área de abrangência:** Nacional  
**Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia  
**Fator moderador:** Co-participação  
**Serviços adicionais:** SOS Emergências Médicas  
Em caso de urgência ligue 0800 28 39 505

#### 0639 - VITORIAMED COLETIVO EMPRESARIAL SOS

- Enfª.** - N° ANS: 476.639/16-3  
 **Aptº.** - N° ANS: 476.638/16-5

**Área de abrangência:** Nacional  
**Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia  
**Fator moderador:** Não  
**Serviços adicionais:** SOS Emergências Médicas  
Em caso de urgência ligue 0800 28 39 505

### COLETIVO EMPRESARIAL – COMPULSÓRIO

#### 1874 - PERSONAL AMBULATORIAL

- Enfª.** - N° ANS: 476.488/16-9

**Área de abrangência:** Grupo de Municípios  
**Segmentação Assistencial:** Ambulatorial  
**Fator moderador:** Não

#### 1879 - PERSONAL SMART EMPRESARIAL

- Enfª.** - N° ANS: 483.442/19-9

**Área de abrangência:** Grupo de Municípios  
**Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia  
**Fator moderador:** Co-participação

#### 0321 - PERFIL REGIONAL EMPRESARIAL SOS

- Enfª.** - N° ANS: 485.100/20-5  
 **Aptº.** - N° ANS: 485.101/20-3

**Área de abrangência:** Grupo de Municípios  
**Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia  
**Fator moderador:** Co-participação  
**Serviços adicionais:** SOS Emergências Médicas  
Em caso de urgência ligue 0800 28 39 505

#### 1878 - PARTICIPATIVO ESTADUAL EMPRESARIAL SOS

- Enfª.** - N° ANS: 476.707/16-1  
 **Aptº.** - N° ANS: 475.371/16-2

**Área de abrangência:** Estadual  
**Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia  
**Fator moderador:** Co-participação  
**Serviços adicionais:** SOS Emergências Médicas  
Em caso de urgência ligue 0800 28 39 505

#### 4024 - PREMIUM NACIONAL COLETIVO EMPRESARIAL SOS

- Enfª.** - N° ANS: 476.636/16-9  
 **Aptº.** - N° ANS: 476.637/16-7

**Área de abrangência:** Nacional  
**Segmentação Assistencial:** Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia  
**Fator moderador:** Co-participação  
**Serviços adicionais:** SOS Emergências Médicas  
Em caso de urgência ligue 0800 28 39 505

Enf.: Acomodação em quarto coletivo / Apart.: Acomodação em quarto individual.

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 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!

\* 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](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.

**Beneficiário:**

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

Município de residência: \_\_\_\_\_ Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

Celular: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Intermediário entre a operadora e o beneficiário:**

Corretora / Empresa / Entidade: \_\_\_\_\_

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

CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

A Carta de Orientação ao Beneficiário que está localizada nas páginas imediatamente anteriores a esta é um documento padronizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que visa a orientar o beneficiário/consumidor sobre o preenchimento da Declaração de Saúde. É obrigatória a aposição de ciência de seus termos, devendo conter rubrica no canto inferior direito de todas as folhas.

A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), ou seja, aquelas 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 9.656, de 3 de junho de 1998.

É obrigatório responder a todas as perguntas formuladas na Declaração de Saúde.

Para análise da declaração de saúde do recém-nascido, por parte da Auditoria Médica, deverão ser observadas as seguintes obrigações:

a) Para inclusão de recém-nascido, após 30 (trinta) dias de seu nascimento, deverá ser apresentado o cartão de vacina.

b) Em caso de internação hospitalar do recém-nascido, superior a 3 (três) dias, deverá ser apresentado o laudo de evolução de alta da UTIN.

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, acarretará a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão não declarada.

No preenchimento desta declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por médico da operadora, ou por um de sua confiança, mas, neste caso, as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

Informamos que os valores de peso e altura declarados neste documento servirão de cálculo para o IMC (Índice de Massa Corporal). Caso o índice obtido seja igual ou superior a 30 (trinta), será exigido o cumprimento da Cobertura Parcial Temporária (CPT).

O tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis do consumidor proponente e/ou de seus dependentes pela Unimed Vitória, para os fins do preenchimento da Declaração de Saúde/Entrevista Qualificada e regular prestação dos serviços de assistência à saúde contratados, visa atender as exigências de garantia assistencial obrigatória estabelecidas na Lei 9.656/98 (Lei dos Planos Privados de Assistência à Saúde) e resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e será realizado independentemente do consentimento do(s) Titular(es) de dados manifestado no ato da contratação, sempre de modo a resguardar os direitos fundamentais de liberdade, privacidade e livre desenvolvimento da pessoa natural, em observância à Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD).

Para mais informações sobre o tratamento de dados pessoais pela UNIMED, o consumidor proponente poderá contatar os seguintes canais:

- a) Website: <https://www.unimed.coop.br/web/vitoria/politica-de-privacidade> - campo “Política de Privacidade”;
- b) Encarregado de Proteção de Dados (e-mail): [dpo@unimedvx.com.br](mailto:dpo@unimedvx.com.br)
- c) Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC – 0800 026 0080.

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, acarretará a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão não declarada.

No preenchimento desta declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por médico da operadora, ou por um de sua confiança, mas, neste caso, as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

Informamos que os valores de peso e altura declarados neste documento servirão de cálculo para o IMC (Índice de Massa Corporal). Caso o índice obtido seja igual ou superior a 30 (trinta), será exigido o cumprimento da Cobertura Parcial Temporária (CPT).

O tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis do consumidor proponente e/ou de seus dependentes pela Unimed Vitória, para os fins do preenchimento da Declaração de Saúde/Entrevista Qualificada e regular prestação dos serviços de assistência à saúde contratados, visa atender as

exigências de garantia assistencial obrigatória estabelecidas na Lei 9.656/98 (Lei dos Planos Privados de Assistência à Saúde) e resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e será realizado independentemente do consentimento do(s) Titular(es) de dados manifestado no ato da contratação, sempre de modo a resguardar os direitos fundamentais de liberdade, privacidade e livre desenvolvimento da pessoa natural, em observância à Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD).

Para mais informações sobre o tratamento de dados pessoais pela UNIMED, o consumidor proponente poderá contatar os seguintes canais:

- a) Website: <https://www.unimed.coop.br/web/vitoria/politica-de-privacidade> - campo “Política de Privacidade”;
- b) Encarregado de Proteção de Dados (e-mail): [dpo@unimedvx.com.br](mailto:dpo@unimedvx.com.br)
- c) Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC – 0800 026 0080.

### **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**

A 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.

De acordo com a Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

**PREENCHER SEM RASURAS, DE FORMA LEGÍVEL E DE PRÓPRIO PUNHO, PELO PROPONENTE OU RESPONSÁVEL**

<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL OU FAMILIAR:	NOME DO PLANO:	CONTRATANTE:	CÓDIGO DO CONTRATO:		
<input type="checkbox"/> COLETIVO EMPRESARIAL / COLETIVO ADESÃO:					
NOME COMPLETO DO PROPONENTE TITULAR (T)		DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
NOME COMPLETO DO PROPONENTE DEPENDENTE (D1)		DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
NOME COMPLETO DO PROPONENTE DEPENDENTE (D2)		DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
NOME COMPLETO DO PROPONENTE DEPENDENTE (D3)		DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC
NOME COMPLETO DO PROPONENTE DEPENDENTE (D4)		DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO	IMC

(O Índice de Massa Corporal - IMC é calculado pela seguinte fórmula: peso (quilos) / altura<sup>2</sup> (metros). Ex.: 80 / (1,71x1,71) = 27,35) Informamos que os valores de peso e altura declarados, neste documento, servirão de cálculo para o IMC. Caso índice obtido seja igual ou superior a 30 (trinta), será exigido o cumprimento da CPT do CID E66 - Obesidade.

**RESPONDA AS SEGUINTE PERGUNTAS COM 'S' PARA 'SIM' OU 'N' PARA 'NÃO' OU 'NA' QUANDO NÃO APLICÁVEL AO SEXO DO PROPONENTE.**

**1) PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA INFECCIOSA OU PARASITÁRIA COMO:**

a) Tuberculose? CID A16	T	D1	D2	D3	D4	d) Meningite? CID A87	T	D1	D2	D3	D4
b) Hepatite? CID B19	T	D1	D2	D3	D4	e) Hanseníase? CID A30	T	D1	D2	D3	D4
c) AIDS ou portador de vírus HIV? CID B20	T	D1	D2	D3	D4	f) Outras?*	T	D1	D2	D3	D4

**2) PORTADOR(A) DE NEOPLASIAS MALIGNAS (CÂNCER)?**

a) Leucemia? CID C95.9	T	D1	D2	D3	D4	g) Aparelho digestivo (estômago, outros)?*	T	D1	D2	D3	D4
b) Linfoma? CID C85	T	D1	D2	D3	D4	h) Aparelho respiratório (pulmão, outros)?*	T	D1	D2	D3	D4
c) Mama? CID C50	T	D1	D2	D3	D4	i) Somente para homens (próstata, outros)?*	T	D1	D2	D3	D4
d) Outras localizações?*	T	D1	D2	D3	D4	j) Somente para mulheres (útero, ovário, outros)?*	T	D1	D2	D3	D4
e) Pele? CID 44.9	T	D1	D2	D3	D4	k) Trato urinário (rins, bexigas, outras)?*	T	D1	D2	D3	D4
f) Tireoide? CID C73	T	D1	D2	D3	D4						

**3) PORTADOR(A) DE NEOPLASIAS BENIGNAS?**

a) Útero (mioma)? (Mulher) CID D25	T	D1	D2	D3	D4	c) Outras?*	T	D1	D2	D3	D4
b) Pele (nevus)? CID D23	T	D1	D2	D3	D4						

**4) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO SANGUE (ANEMIA, PÚRPURA, OUTROS)? ESPECIFIQUE.**

	T	D1	D2	D3	D4
--	---	----	----	----	----

**5) PORTADOR(A) DE DOENÇAS ENDÓCRINAS?**

a) Diabetes? CID E14	T	D1	D2	D3	D4	c) Emagrecimento acentuado? CID F50	T	D1	D2	D3	D4
b) Tireoide? CID E07	T	D1	D2	D3	D4	d) Outras?*	T	D1	D2	D3	D4

**6) PORTADOR(A) DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS OU MENTAIS? ESPECIFIQUE.**

	T	D1	D2	D3	D4
--	---	----	----	----	----

**7) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO?**

a) Parkinson? CID G20	T	D1	D2	D3	D4	d) Paralisia cerebral? CID G80	T	D1	D2	D3	D4
b) Alzheimer? CID G30	T	D1	D2	D3	D4	e) Outras?*	T	D1	D2	D3	D4
c) Epilepsia? CID G40	T	D1	D2	D3	D4						

**8) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DOS OLHOS E ANEXOS?**

a) Catarata? CID H26.9	T	D1	D2	D3	D4	e) Astigmatismo?*(Informar o grau) CID H52.2	T	D1	D2	D3	D4
b) Glaucoma? CID H40	T	D1	D2	D3	D4	f) Hipermetropia?*(Informar o grau) CID H52.0	T	D1	D2	D3	D4
c) Ceratocone? CID H18.6	T	D1	D2	D3	D4	g) Outras?*	T	D1	D2	D3	D4
d) Miopia? CID H52.1	T	D1	D2	D3	D4						

**9) PORTADOR(A) DE DOENÇA DO OUVIDO?**

a) Labirintite? CID H83.0	T	D1	D2	D3	D4	c) Outras?*	T	D1	D2	D3	D4
b) Perda de audição? CID H91	T	D1	D2	D3	D4						

\*Especifique na Tabela de Especificação de DLP.

1ª VIA DA UNIMED VITÓRIA/ 2ª VIA DO BENEFICIÁRIO

RESPONDA AS SEGUINTE PERGUNTAS COM 'S' PARA 'SIM' OU 'N' PARA 'NÃO' OU 'NA' QUANDO NÃO APLICÁVEL AO SEXO DO PROPONENTE.

### 10) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO?

a) Febre reumática? CID I00	T	D1	D2	D3	D4	f) Insuficiência cardíaca? CID I50	T	D1	D2	D3	D4
b) Hipertensão arterial? CID I10	T	D1	D2	D3	D4	g) AVC ("derrame")? CID I64	T	D1	D2	D3	D4
c) Angina pectoris? CID I20	T	D1	D2	D3	D4	h) Varizes de membros inferiores? CID I83	T	D1	D2	D3	D4
d) Infarto do miocárdio? CID I21	T	D1	D2	D3	D4	i) Hemorroidas? CID I84	T	D1	D2	D3	D4
e) Arritmia cardíaca? CID I49	T	D1	D2	D3	D4	j) Outras? *	T	D1	D2	D3	D4

### 11) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO?

a) Rinite? CID J30.4	T	D1	D2	D3	D4	e) Enfisema? CID J43	T	D1	D2	D3	D4
b) Sinusite? CID J32	T	D1	D2	D3	D4	f) Desvio de septo nasal? CID J34.2	T	D1	D2	D3	D4
c) Bronquite? CID J40	T	D1	D2	D3	D4	g) Outras? *	T	D1	D2	D3	D4
d) Asma? CID J45	T	D1	D2	D3	D4						

### 12) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO?

a) Úlcera Péptica? CID K27	T	D1	D2	D3	D4	e) Cirrose hepática? CID K74	T	D1	D2	D3	D4
b) Gastrite? CID K29.7	T	D1	D2	D3	D4	f) Colite? CID K51	T	D1	D2	D3	D4
c) Hérnia?*	T	D1	D2	D3	D4	g) Colelitíase (cálculo da vesícula)? CID K80	T	D1	D2	D3	D4
d) Doença diverticular do intestino? CID K57	T	D1	D2	D3	D4	h) Outras? *	T	D1	D2	D3	D4

### 13) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DA PELE? ESPECIFIQUE O LOCAL.

a) Carosços? CID R22.9	T	D1	D2	D3	D4	c) Cisto? CID L72	T	D1	D2	D3	D4
b) Xantelasma (lesão nas pálpebras)? CID H02.6	T	D1	D2	D3	D4	d) Outras?*	T	D1	D2	D3	D4

### 14) PORTADOR(A) DE DOENÇAS OSTEOMUSCULAR?

a) Artrite? CID M13	T	D1	D2	D3	D4	e) Escoliose? CID M41	T	D1	D2	D3	D4
b) Artrose? CID M19	T	D1	D2	D3	D4	f) Hérnia de Disco? CID M51	T	D1	D2	D3	D4
c) Osteoporose? CID M81	T	D1	D2	D3	D4	g) Osteomielite? CID M86	T	D1	D2	D3	D4
d) Reumatismo? CID M79.0	T	D1	D2	D3	D4	h) Outras?*	T	D1	D2	D3	D4

### 15) PORTADOR(A) DE DOENÇAS DO APARELHO GÊNITO URINÁRIO?

a) Insuficiência renal? CID N18	T	D1	D2	D3	D4	g) Infertilidade? FEM: CID N46 MASC: CID N97	T	D1	D2	D3	D4
b) Cálculo urinário? CID N20	T	D1	D2	D3	D4	h) Cisto de ovário? (Mulher) CID N83.2	T	D1	D2	D3	D4
c) Incontinência urinária ("urina solta")? CID R32	T	D1	D2	D3	D4	i) Endometriose? (Mulher) CID N80	T	D1	D2	D3	D4
d) Hiperplasia da próstata? (Homem) CID N40	T	D1	D2	D3	D4	j) Nefrite? CID N11	T	D1	D2	D3	D4
e) Fimose? (Homem) CID N47	T	D1	D2	D3	D4	k) Outras?*	T	D1	D2	D3	D4
f) Nódulo mamário? CID N63	T	D1	D2	D3	D4						

### 16) PORTADOR(A) DE TRAUMATISMO E/OU FRATURAS? ESPECIFIQUE.

T D1 D2 D3 D4

### 17) É PORTADOR(A) DE MÁ FORMAÇÕES CONGÊNITAS (DOENÇAS DE NASCENÇA)? ESPECIFIQUE.

T D1 D2 D3 D4

### 18) É PORTADOR(A) DE SEQUELAS DE ACIDENTES, MOLÉSTIA ADQUIRIDA OU CONGÊNITA? ESPECIFIQUE.

T D1 D2 D3 D4

### 19) PORTADOR(A) DE ALGUMA DOENÇA NÃO RELACIONADA ACIMA, QUE O TENHA OBRIGADO A INTERNAR-SE OU SUBMETER-SE A ALGUM TIPO DE TRATAMENTO OU EXAME? ESPECIFIQUE.

T D1 D2 D3 D4

### 20) TEM INDICAÇÃO DE SUBMETER-SE A ALGUM TIPO DE CIRURGIA? ESPECIFIQUE.

T D1 D2 D3 D4

### 21) POSSUI ALGUM TIPO DE PRÓTESE OU ÓRTESE (PLACAS, PINOS, PARAFUSOS, MARCA-PASSO, OUTROS)? ESPECIFIQUE.

T D1 D2 D3 D4



Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos anteriores, onde se perguntou sobre a existência de doença, informe abaixo o período da doença, indicando o item, subitem, proponente e especificação.

ITEM	SUBITEM	PROPONENTE	ESPECIFICAÇÃO	PERÍODO DA DOENÇA

O campo abaixo é destinado a comentários e informações adicionais a respeito das questões formuladas que você ache importante registrar.

---



---



---

( ) Declaro que fui orientado(a) por médico da Unimed Vitória Dr<sup>(a)</sup> \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

( ) Dispensar a presença do médico orientador.

Declaro para todos os fins que as informações prestadas na Declaração de Saúde, relativas a mim e a meus dependentes, espontaneamente feitas de próprio punho, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas. Estou ciente que a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das coberturas, poderá ser considerada como comportamento fraudulento, implicando a rescisão do contrato, além de estar obrigado a arcar com os custos dos atendimentos às doenças ou lesões preexistentes.

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 à Unimed Vitória as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde e de meus dependentes, resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-a, e os cooperados, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

Afirmo, por fim, ter conhecimento de que, além das sanções administrativas, a omissão de informações ou a falsa declaração pode caracterizar crime, que será informado à autoridade competente por meio de notícia crime, sujeitando os responsáveis às penalidades previstas no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

*Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:  
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.*

ANS - n.º 35.739-1

ANS - n.º 41.771-8

**CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA**

Considerando o preenchimento da Declaração de Saúde, para os itens que foram sinalizados como "SIM" nas tabelas acima, o proponente terá aplicação de CPT Cobertura Parcial Temporária. A CPT restringe a cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade (PAC) pelo período de 24 meses para a doença ou o CID (Código Internacional de Doenças) indicados na tabela abaixo.

ITEM	SUBITEM	ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO	CID	PROONENTE

Assinatura do Beneficiário Titular	Data de Assinatura
------------------------------------	--------------------

### ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Este aditivo de Redução de Carência é parte integrante da proposta acima referida e visa conceder prazos de carência reduzidos, exceto para parto (cujo prazo de carência permanece sendo de 300 dias), contados a partir o início de vigência do benefício, aos proponentes elegíveis a essa redução. Para que o proponente seja elegível à redução de carência, devem ser respeitadas as condições abaixo.

O cliente Unimed Vitória que optar por adquirir novo plano em continuidade ao atual, com a acomodação em padrão superior à prevista no contrato anterior, deverá cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilizar a nova acomodação contratada. Cumprirá as carências correspondentes aos procedimentos que não estavam contratados no plano anterior conforme aproveitamento de carência, parte integrante desta proposta de adesão.

### TABELA DE CARÊNCIAS AMBULATORIAL

PROCEDIMENTOS/EVENTOS	PORTE 1 EMPREENDEDOR INDIVIDUAL	PORTE 2 CORPORATIVO	APROVEITAMENTO		
			A	B	C
Urgência e Emergência / Acidente Pessoal (Limitado a 12h de atendimento ambulatorial)	24 Horas	Isento	Já cumpridas	Isento	Isento
Consultas	30 Dias	Isento	Já cumpridas	Isento	Isento
Exames simples (análises clínicas, RX simples)	30 Dias	Isento	Já cumpridas	Isento	Isento
Exames Especializados (ultrassonografias, exames obstétricos)	180 Dias	Isento	Já cumpridas	90 Dias	30 Dias
Procedimentos (PAC, ressonâncias magnéticas, tomografias, terapias)	180 Dias	Isento	Já cumpridas	90 Dias	30 Dias
CPT - Cobertura Parcial Temporária	24 Meses	Isento	Já cumpridas	24 Meses	24 Meses

**LEGENDA:** EMPREENDEDOR INDIVIDUAL (RN 432), PORTE 1 (03 a 29 vidas), PORTE 2 (30 a 99 vidas) e CORPORATIVO (a partir de 100 vidas).

### TABELA DE CARÊNCIAS AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

PROCEDIMENTOS/EVENTOS	PORTE 1 EMPREENDEDOR INDIVIDUAL	PORTE 2 CORPORATIVO	APROVEITAMENTO		
			A	B	C
Urgência e Emergência / Acidente Pessoal (Limitado a 12h de atendimento ambulatorial)	24 Horas	Isento	Já cumpridas	Isento	Isento
Consultas	30 Dias	Isento	Já cumpridas	Isento	Isento
Exames simples (análises clínicas, RX simples)	30 Dias	Isento	Já cumpridas	Isento	Isento
Exames Especializados (ultrassonografias, exames obstétricos)	180 Dias	Isento	Já cumpridas	90 Dias	30 Dias
Procedimentos (PAC, ressonâncias magnéticas, tomografias, terapias)	180 Dias	Isento	Já cumpridas	90 Dias	30 Dias
Internação clínica e cirúrgica	180 Dias	Isento	Já cumpridas	180 Dias	180 Dias
Padrão individual de acomodação em internação (apartamento)	180 Dias	Isento	Já cumpridas	30 Dias	30 Dias
Partos a termo	300 Dias	Isento	Já cumpridas	300 Dias	300 Dias
CPT - Cobertura Parcial Temporária	24 Meses	Isento	Já cumpridas	24 Meses	24 Meses

**LEGENDA:** EMPREENDEDOR INDIVIDUAL (RN 432), PORTE 1 (03 a 29 vidas), PORTE 2 (30 a 99 vidas) e CORPORATIVO (a partir de 100 vidas).

#### IMPORTANTE

- O aproveitamento de carência é uma concessão feita para beneficiários que possuem outros planos de saúde, de acordo com as regras de aproveitamento de carências acima, que poderá ou não ser realizado pela Unimed Vitória, após examinada toda a documentação do(s) beneficiário(s).
- Só poderá ser concedido aproveitamento de carências para procedimentos que estavam contratados no plano anterior, salvo para os casos de portabilidade.
- Não ocorrendo o aproveitamento de carências, o beneficiário deverá cumprir as carências previstas no contrato de plano de saúde que irá aderir.
- A inclusão por portabilidade está condicionada à análise dos requisitos definidos na RN 438 da ANS para cada beneficiário, no prazo de 10 (dez) dias, contados da data do recebimento deste documento pela operadora, com aplicação de carência e CPT para quem não for elegível. A vigência do plano só iniciará se não houver recusa da operadora ou desistência do proponente.
- Em caso de portabilidade de carências, este documento NÃO cancela/rescinde o plano de origem, devendo o beneficiário solicitar o cancelamento do seu vínculo com o plano de origem no prazo de 5 (cinco) dias a partir da data do início da vigência desse plano, sob pena de ter que cumprir as carências previstas no contrato.
- A inexistência nas informações e nos dados preenchidos neste documento, inclusive quanto à condição de internação hospitalar ou domiciliar dos beneficiários a serem inscritos, constitui FRAUDE, permitindo à operadora do plano de destino anular os efeitos da portabilidade e cobrar do responsável pelo contrato todos os procedimentos realizados no período em que os beneficiários estariam em cumprimento de períodos de carência.
- Nos casos em que esteja sendo realizada a contratação de um novo plano, com acomodação superior ao do plano atual e ainda vigente, deverão ser analisadas as seguintes situações:
  - Para utilização dos serviços referentes a nova acomodação, será exigido cumprimento de carência de 180 (cento e oitenta) dias;
  - Em caso de internação, será assegurada a utilização da acomodação anteriormente contratada;
  - Também será exigido o cumprimento das carências correspondentes aos procedimentos que não estavam contratados no plano anterior, conforme previsto na tabela de carências acima, para o Porte 1.
- A isenção de carência concedida aos contratos de Porte 2 e Corporativo é garantida quando o beneficiário aderir ao plano de saúde em até 30 (trinta) dias do início da vigência do contrato. Após esse período, será exigido o cumprimento da carência contratual prevista para o Porte 1, salvo para os casos de recém-admitidos, recém-nascidos e recém-casados incluídos no plano até no máximo 30 (trinta) dias após o evento.

#### PORTABILIDADE

A inclusão por portabilidade está condicionada à análise dos requisitos definidos na RN 438 da ANS para cada beneficiário, no prazo de 10 (dez) dias, contados da data do recebimento deste documento pela operadora, com aplicação de carência e CPT para quem não for elegível. A vigência do plano só iniciará se não houver recusa da operadora ou desistência do proponente.

### REGRAS PARA APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA

#### APROVEITAMENTO A (APROVEITAMENTO DAS CARÊNCIAS JÁ CUMPRIDAS NO PLANO ANTERIOR):

- Para beneficiários de plano Unimed Vitória regulamentado ou não regulamentado em dia, cancelado há até 60 dias.
- Para beneficiários de plano Unimed Vitória regulamentado ou não regulamentado inadimplente, cancelado há até 60 dias, mediante quitação das mensalidades e coparticipação em aberto (quando houver).
- Para beneficiários de plano Unimed Vitória em custo operacional.
- O Recém-nascido incluído até 30 dias do nascimento em plano da Unimed Vitória com cobertura hospitalar com obstetrícia e regulamentado.
- O Recém-nascido incluído entre 31 e 60 dias após o nascimento em plano da Unimed Vitória, com preenchimento de Declaração de Saúde.
- Inclusão de Recém-Casado até 30 dias do matrimônio ou união estável tem direito de isenção de carência e DS.
- Troca de Planos na Unimed Vitória, sem interrupção entre os planos (Súmula 21 da ANS).

#### APROVEITAMENTO B (ISENÇÃO DE ALGUMAS CARÊNCIAS E REDUÇÃO DE OUTRAS, EXCETO PARTOS A TERMO):

- Para beneficiários de planos de outras Operadoras com mais de 06 meses de plano, com até 60 dias do último pagamento com preenchimento de declaração de saúde.
- Para beneficiários menores de 06 meses de idade, nascidos em outra operadora, com declaração de permanência ou declaração do hospital comprovando o nascimento pelo plano origem.

#### APROVEITAMENTO C (ISENÇÃO DE ALGUMAS CARÊNCIAS E REDUÇÃO DE OUTRAS, EXCETO PARTOS A TERMO):

- Para beneficiários de planos de outras Unimed com mais de 06 meses de plano, com até 60 dias do último pagamento com preenchimento de declaração de saúde.
- Para beneficiários menores de 06 meses de idade, nascidos em outra Unimed, com declaração de permanência ou declaração do hospital comprovando o nascimento pelo plano origem.

- Para clientes da Unimed Vitória será feito o aproveitamento de carência conforme as regras e critérios citados anteriormente independentes da faixa etária. Só poderá ser feito aproveitamento de carências para procedimentos que estavam contratados no plano anterior.

- Para o aproveitamento de carência B e C será necessário anexar à documentação que comprove a condição para aproveitamento de carência. Somente após a conferência pelo setor de cadastro da Unimed Vitória que o aproveitamento de carência será concedido

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

Atendidas as condições para a redução de carências, deve cada proponente, obrigatoriamente, anexar cópia legível dos documentos a seguir, para análise e aprovação da **Operadora**:

**Para proponentes oriundos de planos de saúde individuais ou familiares:**

a) Declaração da **operadora** congênera, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando a data de início no plano de saúde, condições de pagamento e relação dos beneficiários (titular e dependentes).

**Para proponentes oriundos de planos de saúde coletivos empresariais ou por adesão:**

a) Declaração da **operadora** congênera, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando a data de início no plano de saúde, condições de pagamento e relação dos beneficiários (titular e dependentes).

Proponente	Operadora anterior	Tempo de plano	Padrão de acomodação
Titular			
Dependente 1			
Dependente 2			
Dependente 3			
Dependente 4			
Dependente 5			

Declaro ter recebido cópia deste Aditivo de Redução de Carências e estou de acordo com os seus termos. Estou ciente de que a possibilidade de redução de carências será analisada de forma individual, para cada proponente, e de que essa possibilidade está subordinada à análise e aprovação de documentos por parte da Operadora. Estou ciente também de que os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas neste aditivo e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências descritas no Manual do Beneficiário.

**É de minha única e exclusiva responsabilidade cancelar o plano anterior.**

**DECLARAÇÃO**

Declaro reconhecer como verdadeiras e válidas as informações aqui fornecidas por mim que são, neste ato, apresentadas como proposta de contratação de plano privado de assistência à saúde.

Declaro que estou ciente e de acordo, aceitando e ratificando todos os termos, cláusulas e condições do referido contrato de plano de saúde, tendo recebido o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde antes da contratação e o Guia de Leitura Contratual no ato da contratação.

Declaro que fui informado, estou ciente e concordei que o número do meu Cartão Nacional de Saúde (CNS) estará disponível na Área Restrita para Clientes no site da Unimed Vitória ([www.unimedvitoria.com.br](http://www.unimedvitoria.com.br)), bem como a minha Identificação Padrão da Saúde Suplementar, assim que meu cadastro for efetivado na Operadora e eu cadastrar minha senha no referido site.

Declaro que fui informado e estou ciente das condições e prazos presentes na TABELA DE CARÊNCIAS, assim como das regras de aproveitamento de carências, ambas integrantes desta proposta de adesão.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Local e data**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do proponente titular ou responsável**

\_\_\_\_\_  
**Nome completo do consultor**

\_\_\_\_\_  
**Corretora credenciada**

\_\_\_\_\_  
**CPF do consultor**

**EM CASO DE DÚVIDA, LIGUE PARA:  
Central de Atendimento Benevix • 0800 606 7272**