Unimed São João del Rei
www.unimed.coop.br/saojoaodelrei
Rua Hermílio Alves, 210
36307-328 - Centro - São João del-Rei - MG
T. (32) 3372-8080

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

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

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.
Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

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

- A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o 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, endoscopia, 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.

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
ANS - nº 323926

- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS

- **ATENÇÃO!** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

- Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário**

Beneficiário:

.... de ..... de .....
Local Data

Nome:
.....
(nome legível).

....
Assinatura **CPF**

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

.... de ..... de .....
Local Data

Nome:
.....
(nome legível).

....
Assinatura **CPF**

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
ANS - nº 323926

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nº de Registro do produto: ..... Nº da proposta:.....

Registro na ANS: 323926 Nome Comercial do Plano:.....

INFORMAÇÕES IMPORTANTES DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE		
Nome:		
CPF:	Sexo:	Estado Civil:
Idade:	Profissão:	
Altura:	Peso:	
Telefone:	Celular:	E-mail:

***Cada beneficiário incluído no plano deverá preencher e assinar a declaração de saúde.**

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.

Nos termos do artigo 2º da RN 558/2007 considera-se:

I - Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) 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, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na RN 558;

II - 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 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 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; e

IV - Segmentação como tipo de cobertura contratada no plano privado de assistência à saúde conforme o art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
ANS - nº 323926

1) - É obrigatório responder a todas as perguntas formuladas na Declaração de Saúde. **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.**

Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da contratação ou adesão ao plano de assistência à saúde, a operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, da qual será oferecido o cumprimento da cobertura parcial temporária se não aceito pelo beneficiário ou seu representante legal a operadora fará abertura do processo administrativo junto a ANS.

2 - Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecido 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 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.**

3 - É facultado o oferecimento de Agravo como opção à CPT. O agravo é o 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, o valor e condições serão negociados. PAGAMENTO DO AGRAVO NÃO ELIMINA A NECESSIDADE DE CUMPRIMENTO DAS CARÊNCIAS CONTRATUAIS, NOS PRAZOS ESTABELECIDOS PELA LEI 9.656/98. A operadora não é obrigada a oferecer o agravo em substituição à Cobertura Parcial Temporária.

Conforme RN 558/2007 e posteriores alterações o oferecimento do agravo é facultativo, desta forma a Operadora não oferece na contratação de seus planos o agravo.

4 – **O beneficiário tem o direito de ser orientado no preenchimento dessa declaração de saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou de optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção, conforme estabelecido no artigo 5º, §§ 1o e 2o da RN 558/2007;**

5 – Ao não declarar as doenças e/ou lesões que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação a Unimed poderá:

1- Suspeitar de omissão de informação e, neste caso, comunicará imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação. ATÉ DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.

2 – Comprovada pela ANS a omissão de informação sobre a DLP conhecida e não declarada pelo beneficiário, a Unimed poderá EXCLUIR o beneficiário do contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelas despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT. Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato.

Declaro para os devidos fins que as informações prestadas nesta Declaração de Saúde, foram espontaneamente respondidas de próprio punho, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas.

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
ANS - nº 323926

Estou ciente que a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das coberturas, poderá ser considerada como comportamento fraudulento que poderá implicar na abertura de processo administrativo junto a ANS e na rescisão do contrato, além de estar obrigado a arcar com os custos dos atendimentos obtidos.

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

Autorizo esta operadora a utilizar minhas informações assistenciais para comprovação junto à Agência Nacional de Saúde, do conhecimento prévio de doença ou lesão preexistente não declarada. Estou ciente e autorizo a guarda desta declaração de saúde para fins de contratação e manutenção do plano de saúde.

Em havendo a declaração de doença ou lesão preexistente tenho ciência que cumprirei a CPT durante o período de 24 meses contados da minha inclusão / vigência do plano de saúde, mediante o oferecimento, pela operadora da CPT conforme a assinatura do Termo de Cumprimento da Cobertura Parcial Temporária QUE É PARTE INTEGRANTE desta declaração de saúde.

Ciente: _____

QUESTIONÁRIO

Item	Subitem	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para respostas afirmativas e (N) para negativas.	Beneficiário Sim ou Não
		Realizou alguma cirurgia, passou por internação ou sofreu acidente nos últimos anos?	
1	**Sofre(u) de alguma doença infecciosa ou parasitária como:**		
	a	Tuberculose que afeta prioritariamente os pulmões, (infecção embora possa acometer outros órgãos e/ou sistemas)?	
	b	Hepatite (inflamação do fígado por infecção ou medicamentos)?	
	c	AIDS/SIDA? É portador do vírus HIV?	
	d	Meningite (inflamação nas membranas que revestem o cérebro)?	
	e	Hanseníase (Antiga Lepra)?	
	f	Doença de Chagas	
	g	Esquistossomose (barriga d´água, xistose ou doença do caramujo)	
	h	Outros? (Especifique)	
2	**Sofre(u) de neoplasias malignas (câncer)?**		
	a	Aparelho digestivo (estômago, outros)? Especifique.	

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
ANS - nº 323926

	b	Aparelho respiratório (pulmão, outros)? Especifique.	
	c	Pele?	
	d	Mama?	
	e	Órgãos genitais femininos (útero, ovário, outros)? Especifique.	
	f	Órgãos genitais masculinos (próstata, outros)? Especifique.	
	g	Trato urinário (rins, bexiga, outros)? Especifique.	
	h	Tireóide?	
	i	Linfoma (câncer)?	
	j	Leucemia (câncer)?	
	k	Carcinoma cutâneo?	
	l	Outras localizações? Especifique.	
3	**Sofre(u) de neoplasias (tumor) benignas?**		
	a	Útero (mioma)? (Mulher)	
	b	Pele ?	
	c	Mama?	
	d	Tireoide?	
	e	Mieloma múltiplo	
	f	Outros? (Especifique)	
4	**Sofre(u) de doenças do sangue (anemia, púrpura, talassemia, hemofilia, outros)? Especifique:**		
5	**Sofre(u) de doenças endócrinas?**		
	a	Diabetes?	
	b	Tireóide?	
	c	Emagrecimento acentuado?	
	d	Obesidade?	
	e	Doença de Cushing?	
	f	Tirosinemia hereditária?	
	g	Doença de Wilson?	
	h	Outras? (Especifique)	
6	**Sofre(u) de transtornos psiquiátricos ou mentais?**		
	a	Psicose	
	b	Esquizofrenia	
	c	Depressão? (Especificar)	
	d	Outros	
7	**Sofre(u) de doenças do sistema nervoso?**		
	a	Parkinson?	
	b	Alzheimer?	
	c	Epilepsia?	
	d	Paralisia cerebral?	
	e	Esclereose múltipla?	
	f	Síndrome de Lennox-Gastaut? (sídrome rara de epilepsia infantil)	
	g	Polineuropatia sintomática?	

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
ANS - nº 323926

	h	Esclerose Lateral Amiotrófica?	
	j	Doença de Krabbe?	
	k	Outros? (Especifique)	
8	**Sofre(u) de doenças dos olhos e anexos?**		
	a	Catarata (é uma lesão ocular e deixa a visão embaçada)?	
	b	Glaucoma (aumento de pressão nos olhos)?	
	c	Ceratocone (doença na córnea/olho)?	
	d	Miopia? (Dificuldade para enxergar de longe) -Informar o grau	
	e	Astigmatismo? (Visão embaçada) - Informar o grau	
	f	Hipermetropia? (dificuldade para enxergar de perto) - Informar o grau	
	g	Presbiopia? (vista cansada)	
	h	Pterígio (inflamação no olho)?	
	i	Alterações na retina, DMRI (degeneração da retina - mancha na vista)?	
	j	Outros? (Especifique)	
9	**Sofre(u) de doenças do ouvido, nariz ou garganta?**		
	a	Labirintite?	
	b	Perda de audição?	
	c	Diminuição da audição, perfuração do tímpano, infecções Frequentes (ouvido)?	
	d	Problemas de adenoide, tumor?	
	e	Aspergilose invasiva e mucormicose?	
	f	Outros? (Especifique)	
10	**Sofre(u) de doenças do aparelho circulatório e doenças das valvas coração?**		
	a	Febre reumática (doença inflamatória das valvas do coração)?	
	b	Hipertensão arterial (alteração da pressão)?	
	c	Angina pectoris (dor no peito)?	
	d	Infarto do miocárdio (ataque cardíaco/coração)?	
	e	Arritmia cardíaca (alteração nos batimentos do coração) ?	
	f	Insuficiência cardíaca (o coração não consegue bombear sangue suficiente para o corpo / coração grande)?	
	g	Acidente vascular cerebral (“derrame”)?	
	h	Varizes de membros inferiores?	
	i	Hemorróidas?	
	j	Trombose?	
	k	Angioedema hereditário?	
	l	Doença de Kawasaki? (doença inflamatória que causa frebre em crianças)	
	m	Cardiomiopatia hipertrófica?	
	n	Outros? (Especifique)	
11	**Sofre(u) de doenças do aparelho respiratório?**		
	a	Rinite?	
	b	Sinusite?	

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
ANS - nº 323926

	c	Bronquite?	
	d	Asma?	
	e	Pneumonia?	
	f	Enfisema (doença pulmonar obstrutiva crônica)?	
	g	Fibrose pulmonar	
	h	Embolia pulmonar	
	i	Insuficiência respiratória	
	g	Fibrose pulmonar idiopática	
	h	Outros? (Especifique)	
12	**Sofre(u) de doenças do aparelho digestivo?**		
	a	Úlcera Péptica?	
	b	Gastrite?	
	c	Hérnia? (Especifique, local)	
	d	Doença diverticular do intestino (inflamação e/ou infecção, que formam balões ou bolsas no intestino)?	
	e	Cirrose hepática (fibrose causada por inflamação crônica do fígado)?	
	f	Fibrose (doença do fígado)	
	g	Colite(inflamação no intestino grosso)?	
	h	Colelitíase (cálculo da vesícula)?	
	i	Doença de Crohn? (Especificar)	
	j	Outros (Especifique)	
13	**Sofre(u) de doenças da pele? (Especifique o local)**		
	a	Verrugas?	
	b	Nevus (Pintas)?	
	c	Quelóide?	
	d	Nódulos (Cistos)?	
	e	Xantelasma(pequeno depósito de gordura)?	
	f	Clavus plantar (calo)?	
	g	Dermatite atópica (Especificar)	
	h	Psoríase Pustulosa?	
	i	Outros (Especifique)?	
14	**Sofre(u) de doenças osteomuscular?**		
	a	Artrite (inflamação da articulação) ou Reumatismo (grupo de doenças que afeta articulações, músculos e esqueleto), espondilite?	
	b	Artrose (degeneração das articulações)?	
	c	Osteoporose (é uma condição que deixa os ossos frágeis e suscetíveis a fraturas)?	
	d	Escoliose (é uma curvatura anormal da coluna)?	
	e	Hérnia de Disco (desgaste ou deslocamento do disco da coluna vertebral)?	
	f	Osteomielite (inflamação causada por infecção bacteriana ou fúngica nos ossos)?	
	g	Outros? (Especifique)	

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
ANS - nº 323926

15	**Sofre(u) de doenças do aparelho genitor urinário?**		
	a	Insuficiência renal (rins perdem a capacidade de filtrar o sangue)?	
	b	Cálculo renal, uretral e de bexiga (Pedra nos rins)?	
	c	Incontinência urinária ("urina solta")?	
	d	Hiperplasia da próstata? (Homem)	
	e	Fimose? (Homem)	
	f	Infertilidade (dificuldade para engravidar)?	
	g	Cisto de ovário? (Mulher)	
	h	Transtornos menstruais (Metorragia (aumento de fluxo)/ amenorreia (falta de menstruação) – (Mulher)?	
	i	Endometriose? (Mulher)	
	J	Nefrite (inflamação / infecção dos rins)?	
	k	Ginecomastia (hipertrofia da mama masculina)?	
	l	Nefrite lúpica?	
	m	Outros? (Especifique)	
16	Sofre(u) de traumatismos e/ou fraturas? Especifique		
17	Sofre(u) de malformações congênitas (doenças de nascença)? Especifique		
18	Sofre de sequelas de acidentes, moléstia adquirida ou congênita? Especifique		
19	Já foi submetido a algum tipo de cirurgia? Especifique		
20	Sofre(u) de alguma doença não relacionada acima, que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de tratamento ou exame? Especifique		
21	Já foi submetido à radioterapia, quimioterapia, hemodiálise ou diálise peritonial? Especifique.		
22	Tem indicação de submeter-se a algum tipo de cirurgia? Especifique		
23	Possui algum tipo de prótese ou órtese (placas, pinos, parafusos, marca-passo, outros)? Especifique		
24	Possui diagnóstico Transtorno de identidade sexual – F64, transexualismo CID F64.0? Se a resposta for positiva, está sendo acompanhado em atenção especializada no processo transexualizador? *Observação: Incluir na lista de procedimentos alvo da CPT: Implante de prótese semi-rídida, mastectomia; histerectomia; ooforectomia ou ooforoplastia; tiroplastia*		

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
ANS - nº 323926

25	Possui Transtornos globais do desenvolvimento – CID F84? Se sim, descrever doença ou lesões existentes em decorrência desse transtorno:	
26	Possui Atrofia Muscular Espinhal (AME): doença neurológica progressiva que leva a perda de força, movimentos, capacidade de engolir e respirar.	
27	Doença de Crohn (é uma doença inflamatória do trato gastrointestinal)	
28	Sofre, sofreu ou foi tratado de doenças ou deformidades da face e do crânio como: (Prognatismo, Retrognatismo, Disfunção De Articulação Temporo Mandibular (ATM), Atresia mandibular, ou outra? Se sim especifique:	
29	Artrite Reumatóide	
30	Artrite Idiopática Juvenil (AIJ)	
31	Espondiloartrite Axial Radiográfica (Espondilite Anquilosante) ou não radiográfica	
32	Artrite Psoriásica	
33	Psoríase	
34	Doença De Crohn	
35	Colite/Retocolite Ulcerativa	
36	Hidradenite Supurativa	
37	Asma Eosinofílica Grave	
38	Asma Alérgica Grave	
39	Urticária Crônica Espontânea	
40	Uveíte não Infecciosa Ativa	
41	Esclerose Múltipla	
42	Dermatite Atópica	
43	Osteoporose	
41	Lipodistrofia parcial familiar? (perda de gordura)	
42	Possui alguma doença genética?	
43	Doença de Gaucher? (doença causa alterações no fígado e no baço)	
44	Doença de Fabry? (Nódulos na pele, problemas oculares, insuficiência renal e doença cardíaca)	
45	Hemofilia? (distúrbio genético que afeta a coagulação do sangue)	
46	Angioedema hereditário?	

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
ANS - nº 323926

47	Doença de Pompe?	
48	Doença de Huntington? (demência)	
49	Mucopolissacaridose?	
50	Fibrose cística?	
51	Doença de von Hippel-Lindau?	
52	Leucodistrofia metacromática?	
53	Doença de Niemann-Pick?	
54	Doença de Sandhoff e Tay Sachs?	
55	Informar outras doenças não previstas acima:	

***Cada beneficiário incluído no plano deverá preencher e assinar a sua própria declaração de saúde.**

EM CASO DE RESPOSTAS POSITIVAS NAS QUESTÕES ACIMA, DESCREVA, NOS ESPAÇOS ABAIXO, ESPECIFICANDO: NÚMERO DO ITEM, A DOENÇA, SE É UNI OU BILATERAL (CITE O LADO ACOMETIDO, QUANDO FOR ESTE O CASO), PROPONENTE OU DEPENDENTE AO QUAL A DOENÇA SE REFERE (MARCANDO X) E TEMPO DE EVOLUÇÃO DA DOENÇA.

Item	Sub item	Especificação	Tempo da Doença

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

_____
_____
_____
_____
_____

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
ANS - nº 323926

Informe se esta declaração foi preenchida com a presença de médico orientador ( ) Sim por médico da OPERADORA ( ) Sim médico PARTICULAR da minha escolha ( ) Não, dispensei a orientação de um profissional médico	Se a declaração foi preenchida com a presença do médico, solicitar a sua assinatura. **DECLARAÇÃO DO MÉDICO:** Declaro que prestei as orientações necessárias para o Contratante/beneficiário preencher esta Declaração de Saúde. _____ Assinatura/Nome/CRM

Eu _____ autorizo a Unimed São João del Rei a utilizar das informações constantes desta declaração para fins de avaliação de doenças ou lesões preexistentes, bem como realizar posteriormente programa de promoção à saúde em que for convidado a participar.

São João del Rei,_____de _____de

_____
Assinatura Beneficiário/representante legal e CPF:

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
ANS - nº 323926

Reservado para a Unimed:

Área Médica

Avaliação da Área Médica: Há restrições: ( ) Sim ( ) Não

Descrições das pré-existências, caso haja:

Descrição	Situação	CID	Data Limite
.....	Alerta Pré-existência ( )	.....	...../...../.....
.....	Alerta Pré-existência ( )	.....	...../...../.....
.....	Alerta Pré-existência ( )	.....	...../...../.....
.....	Alerta Pré-existência ( )	.....	...../...../.....
.....	Alerta Pré-existência ( )	.....	...../...../.....
.....	Alerta Pré-existência ( )	.....	...../...../.....
.....	Alerta Pré-existência ( )	.....	...../...../.....
.....	Alerta Pré-existência ( )	.....	...../...../.....

Observações:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

...../ ...../ .....

Data:

_____

Assinatura e carimbo do médico auditor

Membro da Aliança Cooperativa Internacional

ANS - nº 323926

TERMO DE CUMPRIMENTO DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) POR DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE

Eu, _____proponente a contratação do plano de saúde da Unimed São João del Rei, tenho conhecimento e concordo com a aplicação de 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 privado de assistência à saúde, a **suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e cobertura para procedimentos cirúrgicos, relacionada à doença ou lesão preexistente.**

Os procedimentos de alta complexidade relacionados à Doença e Lesão Preexistente informadas na declaração de saúde, com as devidas CID's, estão listados abaixo**,** do qual declaro expressamente ciência de que **não haverá cobertura** pelo plano de saúde durante o período do cumprimento da CPT.

Descrição da doença ou lesão alegada para o qual irei cumprir Cobertura Parcial Temporária com a respectiva Classificação Internacional de Doenças

CID	Descrição da doença

Declaro, ainda **que tenho ciência que durante o período de cumprimento de CPT, não haverá cobertura pelo plano de saúde.**

A falta da assinatura deste termo será entendida pela Unimed que não houve a concordância com a contratação do plano de saúde.

São João del Rei, _____de _____de _____

_____

Assinatura do proponente/beneficiário

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
ANS - nº 323926