



## FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA PERÍCIA MÉDICA

PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO



ANS-nº 41745-9 ANS-nº 41728-9

Diretora Técnica: Drª. Maria de Lourdes C. de Araujo. CREMEPE: 3367

ANS-nº 34488-5

### Dados do Produtor de Vendas

Cód. da Corretora CNPJ | Nome da Corretora CNPJ

Nome do Supervisor

CPF do Supervisor

Nome do Vendedor

CPF do Vendedor

- Declaro estar ciente de que devo me apresentar, no prazo de 10 (dez) dias da assinatura desta FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA PERÍCIA MÉDICA, a uma das Unidades conforme lista em anexo, para a realização da Perícia Médica. Fone para contato: 3198-2600.
- Tenho ciência de que a vigência do meu contrato, bem como a minha cobertura médica e dos meus dependentes junto à Operadora, se dará de acordo com o quadro de Adesão e Vigência constante na folha 06/11 da minha **Proposta de Adesão**. As mensalidades do meu plano serão pagas diretamente à Administradora de Benefícios, através de boleto bancário correspondente, ou débito em conta, de acordo com o assinalado na respectiva Proposta de Adesão.
- Declaro que li o "Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde", sendo o mesmo parte integrante desta FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA PERÍCIA MÉDICA.

### Dados do Titular

Nome

Data de Nascimento

Sexo

Estado Civil

Endereço

Número

Bloco

Quadra

Apto.

Casa

CEP

Bairro

Cidade

UF

Fones

E-mail

Tem ou já teve outro plano de saúde? Qual?

Sim  Não

Data último pagamento

Plano Escolhido

Acomodação

**Dados do(s) Dependente(s)** – São considerados dependentes o meu cônjuge; meus(minhas) filhos(as) solteiros(as) até 24 (vinte e quatro) anos incompletos; o(a) enteado(a), o(a) adotado(a), o(a) menor sob a guarda por força de decisão judicial e o(a) menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos e ainda cuja guarda tenha sido reconhecida (judicial ou extrajudicialmente); o(a) convivente, havendo união estável, na forma da Lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial.

Nome do(s) Dependente(s)	Data de Nascimento	Valor Pl. Saúde (R\$)
<b>Documentação obrigatória a serem entregues no dia da perícia médica (cópias):</b> RG, CPF, certidão de casamento, comprovante de endereço e comprovante de vínculo do titular com a Entidade de Classe. <b>Menor de idade:</b> certidão de nascimento e CPF.	<b>Total (R\$)</b>	
	<b>Valor do Titular (R\$)</b>	
	<b>Total Geral (R\$)</b>	

- A taxa de angariação é devida ao Vendedor deste plano de saúde, e seu pagamento deve ser efetuado no ato da assinatura desta FICHA DE ENCAMINHAMENTO, por conta da intermediação do benefício. A taxa de angariação equivale a 100% (cem por cento) do valor do(s) benefício(s) contratado(s). Em caso de não aceitação da Proposta de Adesão, a ser preenchida na Operadora, essa taxa será integralmente devolvida pelo vendedor ao proponente titular.
- O proponente deve solicitar ao vendedor o recibo correspondente ao pagamento da taxa de angariação.
- **Atenção:** O pagamento da taxa de angariação não se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento da primeira e das demais mensalidades do benefício, as quais serão arrecadadas pela Administradora de Benefícios e darão direito às coberturas decorrentes da contratação do plano.

Local e data

Assinatura do Proponente Titular/Responsável Financeiro

Assinatura do Vendedor



# FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA PERÍCIA MÉDICA

## PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO



ANS-nº 41745-9 ANS-nº 41728-9

Diretora Técnica: Drª. Maria de Lourdes C. de Araujo. CREMEPE: 3367

ANS-nº 34488-5

### Dados do Produtor de Vendas

Cód. da Corretora CNPJ | Nome da Corretora CNPJ

Nome do Supervisor

CPF do Supervisor

Nome do Vendedor

CPF do Vendedor

- Declaro estar ciente de que devo me apresentar, no prazo de 10 (dez) dias da assinatura desta FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA PERÍCIA MÉDICA, a uma das Unidades conforme lista em anexo, para a realização da Perícia Médica. Fone para contato: 3198-2600.
- Tenho ciência de que a vigência do meu contrato, bem como a minha cobertura médica e dos meus dependentes junto à Operadora, se dará de acordo com o quadro de Adesão e Vigência constante na folha 06/11 da minha **Proposta de Adesão**. As mensalidades do meu plano serão pagas diretamente à Administradora de Benefícios, através de boleto bancário correspondente, ou débito em conta, de acordo com o assinalado na respectiva Proposta de Adesão.
- Declaro que li o "Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde", sendo o mesmo parte integrante desta FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA PERÍCIA MÉDICA.

### Dados do Titular

Nome

Data de Nascimento

Sexo

Estado Civil

Endereço

Número

Bloco

Quadra

Apto.

Casa

CEP

Bairro

Cidade

UF

Fones

E-mail

Tem ou já teve outro plano de saúde? Qual?

 Sim  Não

Data último pagamento

Plano Escolhido

Acomodação

**Dados do(s) Dependente(s)** – São considerados dependentes o meu cônjuge; meus(minhas) filhos(as) solteiros(as) até 24 (vinte e quatro) anos incompletos; o(a) enteado(a), o(a) adotado(a), o(a) menor sob a guarda por força de decisão judicial e o(a) menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos e ainda cuja guarda tenha sido reconhecida (judicial ou extrajudicialmente); o(a) convivente, havendo união estável, na forma da Lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial.

Nome do(s) Dependente(s)	Data de Nascimento	Valor Pl. Saúde (R\$)
<b>Documentação obrigatória a serem entregues no dia da perícia médica (cópias):</b> RG, CPF, certidão de casamento, comprovante de endereço e comprovante de vínculo do titular com a Entidade de Classe. <b>Menor de idade:</b> certidão de nascimento e CPF.	<b>Total (R\$)</b>	
	<b>Valor do Titular (R\$)</b>	
	<b>Total Geral (R\$)</b>	

- A taxa de angariação é devida ao Vendedor deste plano de saúde, e seu pagamento deve ser efetuado no ato da assinatura desta FICHA DE ENCAMINHAMENTO, por conta da intermediação do benefício. A taxa de angariação equivale a 100% (cem por cento) do valor do(s) benefício(s) contratado(s). Em caso de não aceitação da Proposta de Adesão, a ser preenchida na Operadora, essa taxa será integralmente devolvida pelo vendedor ao proponente titular.
- O proponente deve solicitar ao vendedor o recibo correspondente ao pagamento da taxa de angariação.
- **Atenção:** O pagamento da taxa de angariação não se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento da primeira e das demais mensalidades do benefício, as quais serão arrecadadas pela Administradora de Benefícios e darão direito às coberturas decorrentes da contratação do plano.

Local e data

Assinatura do Proponente Titular/Responsável Financeiro

Assinatura do Vendedor





# FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA PERÍCIA MÉDICA

## PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO



ANS-nº 41745-9 ANS-nº 41728-9

Diretora Técnica: Drª. Maria de Lourdes C. de Araujo. CREMEPE: 3367

ANS-nº 34488-5

### Dados do Produtor de Vendas

Cód. da Corretora CNPJ | Nome da Corretora CNPJ

Nome do Supervisor

CPF do Supervisor

Nome do Vendedor

CPF do Vendedor

- Declaro estar ciente de que devo me apresentar, no prazo de 10 (dez) dias da assinatura desta FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA PERÍCIA MÉDICA, a uma das Unidades conforme lista em anexo, para a realização da Perícia Médica. Fone para contato: 3198-2600.
- Tenho ciência de que a vigência do meu contrato, bem como a minha cobertura médica e dos meus dependentes junto à Operadora, se dará de acordo com o quadro de Adesão e Vigência constante na folha 06/11 da minha **Proposta de Adesão**. As mensalidades do meu plano serão pagas diretamente à Administradora de Benefícios, através de boleto bancário correspondente, ou débito em conta, de acordo com o assinalado na respectiva Proposta de Adesão.
- Declaro que li o "Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde", sendo o mesmo parte integrante desta FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA PERÍCIA MÉDICA.

### Dados do Titular

Nome

Data de Nascimento

Sexo

Estado Civil

Endereço

Número

Bloco

Quadra

Apto.

Casa

CEP

Bairro

Cidade

UF

Fones

E-mail

Tem ou já teve outro plano de saúde? Qual?

 Sim  Não

Data último pagamento

Plano Escolhido

Acomodação

**Dados do(s) Dependente(s)** – São considerados dependentes o meu cônjuge; meus(minhas) filhos(as) solteiros(as) até 24 (vinte e quatro) anos incompletos; o(a) enteado(a), o(a) adotado(a), o(a) menor sob a guarda por força de decisão judicial e o(a) menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos e ainda cuja guarda tenha sido reconhecida (judicial ou extrajudicialmente); o(a) convivente, havendo união estável, na forma da Lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial.

Nome do(s) Dependente(s)	Data de Nascimento	Valor Pl. Saúde (R\$)
<b>Documentação obrigatória a serem entregues no dia da perícia médica (cópias):</b> RG, CPF, certidão de casamento, comprovante de endereço e comprovante de vínculo do titular com a Entidade de Classe. <b>Menor de idade:</b> certidão de nascimento e CPF.	<b>Total (R\$)</b>	
	<b>Valor do Titular (R\$)</b>	
	<b>Total Geral (R\$)</b>	

- A taxa de angariação é devida ao Vendedor deste plano de saúde, e seu pagamento deve ser efetuado no ato da assinatura desta FICHA DE ENCAMINHAMENTO, por conta da intermediação do benefício. A taxa de angariação equivale a 100% (cem por cento) do valor do(s) benefício(s) contratado(s). Em caso de não aceitação da Proposta de Adesão, a ser preenchida na Operadora, essa taxa será integralmente devolvida pelo vendedor ao proponente titular.
- O proponente deve solicitar ao vendedor o recibo correspondente ao pagamento da taxa de angariação.
- **Atenção:** O pagamento da taxa de angariação não se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento da primeira e das demais mensalidades do benefício, as quais serão arrecadadas pela Administradora de Benefícios e darão direito às coberturas decorrentes da contratação do plano.

Local e data

Assinatura do Proponente Titular/Responsável Financeiro

Assinatura do Vendedor

## 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)

**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

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)

## 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)

**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

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)