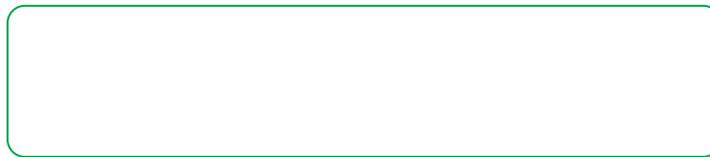




ANS Nº 33967-9



ANS - n° 41728-9

**RESUMO DA CONTRATAÇÃO**  
DISTRITO FEDERAL

**CONTRATANTE**

Razão Social: <b>ALLCARE ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS SAO PAULO LTDA</b>		
CNPJ: 07.674.593/0001-10		
Endereço: AL SANTOS		
Número: 1357	Complemento: 2º andar	CEP: 01.419-908
Bairro: Cerqueira César	Município: São Paulo	UF: SP

**CONTRATADA**

Razão Social: <b>CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL</b>		
CNPJ: 02.812.468/0001-06		Registro na ANS: 33967-9
Endereço: Alameda Santos		
Número: 1826	Complemento: -	CEP: 01418-102
Bairro: Cerqueira César	Município: São Paulo	UF: SP

**SUBCONTRATANTE**

Razão Social		
Nome Fantasia		
CNPJ		Inscrição Estadual
Endereço		
Número	Complemento	CEP
Bairro	Município	UF
Telefone da Empresa		E-mail
Endereço de Correspondência		
Número	Complemento	CEP
Bairro	Município	UF
<b>Representante (s) legal (is)</b>		
Nome		Cargo
CPF	Celular ( )	
Nome		Cargo
CPF	Celular ( )	

## 2. QUANTIDADE DE VIDAS:

1 – 29

30-99

100-199

## 3. PRODUTOS E PREÇOS CONTRATADOS:

3.1. Para os produtos contratados, seguem os preços demonstrados nas tabelas abaixo:

Nome		Clássico Regional DF	
Registro		482.619/19-1 ( )	484.171/19-9 ( )
Fator de Moderação		Coparticipação	Não possui
Acomodação		Enfermaria	
Segmentação		Ambulatorial Hospitalar com obstetícia	
Reembolso		Não possui	
Contributividade		( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não
<b>PME PORTE I - 02 - 29 vidas</b>			
Faixa Etária	00 - 18	R\$ 187,57	R\$ 228,83
	19 - 23	R\$ 240,09	R\$ 292,91
	24 - 28	R\$ 255,07	R\$ 311,19
	29 - 33	R\$ 262,55	R\$ 320,32
	34 - 38	R\$ 286,95	R\$ 350,07
	39 - 43	R\$ 328,20	R\$ 400,40
	44 - 48	R\$ 459,46	R\$ 560,54
	49 - 53	R\$ 615,13	R\$ 750,46
	54 - 58	R\$ 690,18	R\$ 842,02
	Acima de 59	R\$ 1.125,26	R\$ 1.372,81
<b>PME PORTE II - 30 - 99 vidas</b>			
Faixa Etária	00 - 18	R\$ 174,44	R\$ 212,81
	19 - 23	R\$ 223,28	R\$ 272,40
	24 - 28	R\$ 237,22	R\$ 289,41
	29 - 33	R\$ 244,18	R\$ 297,89
	34 - 38	R\$ 266,86	R\$ 325,57
	39 - 43	R\$ 305,22	R\$ 372,37
	44 - 48	R\$ 427,30	R\$ 521,30
	49 - 53	R\$ 572,08	R\$ 697,93
	54 - 58	R\$ 641,87	R\$ 783,08
	Acima de 59	R\$ 1.046,49	R\$ 1.276,72
<b>PME PORTE III - 100 - 199 vidas</b>			
Faixa Etária	00 - 18	R\$ 156,02	R\$ 190,35
	19 - 23	R\$ 199,72	R\$ 243,65
	24 - 28	R\$ 212,18	R\$ 258,86
	29 - 33	R\$ 218,40	R\$ 266,45
	34 - 38	R\$ 238,69	R\$ 291,21
	39 - 43	R\$ 273,01	R\$ 333,07
	44 - 48	R\$ 382,20	R\$ 466,28
	49 - 53	R\$ 511,69	R\$ 624,27
	54 - 58	R\$ 574,12	R\$ 700,43
	Acima de 59	R\$ 936,04	R\$ 1.141,96

Nome		Estilo Nacional			
Registro		480.987/18-4 ( )	482.837/19-2 ( )	480.989/18-1 ( )	484.175/19-1 ( )
Fator de Moderação		Coparticipação	Não possui	Coparticipação	Não possui
Acomodação		Enfermaria		Apartamento	
Segmentação		Ambulatorial Hospitalar com obstetícia			
Reembolso		Somente para Consultas			
Contributividade		( ) Sim	( ) Sim	( ) Sim	( ) Sim
		( ) Não	( ) Não	( ) Não	( ) Não
<b>PME PORTE I - 02 - 29 vidas</b>					
Faixa Etária	00 - 18	R\$ 214,98	R\$ 262,18	R\$ 247,67	R\$ 302,16
	19 - 23	R\$ 275,18	R\$ 335,60	R\$ 317,03	R\$ 386,78
	24 - 28	R\$ 292,35	R\$ 356,54	R\$ 336,81	R\$ 410,92
	29 - 33	R\$ 300,93	R\$ 367,00	R\$ 346,69	R\$ 422,97
	34 - 38	R\$ 328,88	R\$ 401,10	R\$ 378,90	R\$ 462,26
	39 - 43	R\$ 376,17	R\$ 458,76	R\$ 433,37	R\$ 528,72
	44 - 48	R\$ 526,61	R\$ 642,23	R\$ 606,69	R\$ 740,18
	49 - 53	R\$ 705,04	R\$ 859,84	R\$ 812,26	R\$ 990,97
	54 - 58	R\$ 791,06	R\$ 964,74	R\$ 911,36	R\$ 1.111,87
	Acima de 59	R\$ 1.289,72	R\$ 1.572,89	R\$ 1.485,86	R\$ 1.812,77
Faixa Etária	00 - 18	R\$ 199,86	R\$ 243,83	R\$ 230,34	R\$ 281,01
	19 - 23	R\$ 255,82	R\$ 312,11	R\$ 294,83	R\$ 359,70
	24 - 28	R\$ 271,79	R\$ 331,59	R\$ 313,24	R\$ 382,15
	29 - 33	R\$ 279,76	R\$ 341,31	R\$ 322,42	R\$ 393,36
	34 - 38	R\$ 305,75	R\$ 373,02	R\$ 352,38	R\$ 429,90
	39 - 43	R\$ 349,71	R\$ 426,64	R\$ 403,03	R\$ 491,70
	44 - 48	R\$ 489,57	R\$ 597,28	R\$ 564,23	R\$ 688,36
	49 - 53	R\$ 655,45	R\$ 799,65	R\$ 755,40	R\$ 921,59
	54 - 58	R\$ 735,42	R\$ 897,21	R\$ 847,56	R\$ 1.034,03
	Acima de 59	R\$ 1.199,01	R\$ 1.462,79	R\$ 1.381,85	R\$ 1.685,85
<b>PME PORTE III - 100 - 199 vidas</b>					
Faixa Etária	00 - 18	R\$ 178,76	R\$ 218,09	R\$ 206,02	R\$ 251,35
	19 - 23	R\$ 228,82	R\$ 279,16	R\$ 263,72	R\$ 321,73
	24 - 28	R\$ 243,11	R\$ 296,59	R\$ 280,18	R\$ 341,82
	29 - 33	R\$ 250,23	R\$ 305,29	R\$ 288,39	R\$ 351,84
	34 - 38	R\$ 273,48	R\$ 333,65	R\$ 315,18	R\$ 384,52
	39 - 43	R\$ 312,80	R\$ 381,61	R\$ 360,50	R\$ 439,80
	44 - 48	R\$ 437,90	R\$ 534,24	R\$ 504,67	R\$ 615,70
	49 - 53	R\$ 586,27	R\$ 715,25	R\$ 675,67	R\$ 824,32
	54 - 58	R\$ 657,80	R\$ 802,51	R\$ 758,10	R\$ 924,89
	Acima de 59	R\$ 1.072,46	R\$ 1.308,40	R\$ 1.236,00	R\$ 1.507,91

Nome		Absoluto Nacional		Superior Nacional		Exclusivo Nacional	
Registro	480.996/18-3 ( )	484.174/19-3 ( )	484.170/19-1 ( )	484.172/19-7 ( )	481.000/18-7 ( )		
Fator de Moderação	Coparticipação	Não possui	Coparticipação	Não possui	Não possui		
Acomodação	Apartamento						
Segmentação	Ambulatorial Hospitalar com obstetícia						
Reembolso	Possui 2x a tabela	Possui 2x a tabela	Possui 3x a tabela	Possui 3x a tabela	Possui 8x a tabela		
Contributividade	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não		
<b>PME PORTE I - 02 - 29 vidas</b>							
Faixa Etária	00 - 18	R\$ 318,17	R\$ 388,17	R\$ 429,71	R\$ 524,06	R\$ 1.169,33	
	19 - 23	R\$ 407,27	R\$ 496,86	R\$ 550,04	R\$ 670,81	R\$ 1.496,77	
	24 - 28	R\$ 432,69	R\$ 527,87	R\$ 584,38	R\$ 712,68	R\$ 1.590,20	
	29 - 33	R\$ 445,38	R\$ 543,36	R\$ 601,51	R\$ 733,58	R\$ 1.636,83	
	34 - 38	R\$ 486,76	R\$ 593,83	R\$ 657,39	R\$ 801,73	R\$ 1.788,89	
	39 - 43	R\$ 556,73	R\$ 679,20	R\$ 751,90	R\$ 916,99	R\$ 2.046,06	
	44 - 48	R\$ 779,39	R\$ 950,85	R\$ 1.052,62	R\$ 1.283,73	R\$ 2.864,38	
	49 - 53	R\$ 1.043,47	R\$ 1.273,02	R\$ 1.409,27	R\$ 1.718,70	R\$ 3.834,90	
	54 - 58	R\$ 1.170,78	R\$ 1.428,33	R\$ 1.581,21	R\$ 1.928,39	R\$ 4.302,77	
Acima de 59	R\$ 1.908,81	R\$ 2.328,72	R\$ 2.577,97	R\$ 3.143,99	R\$ 7.015		
Faixa Etária	00 - 18	R\$ 295,90	R\$ 361,00	R\$ 399,49	R\$ 487,38	R\$ 1.087,48	
	19 - 23	R\$ 378,76	R\$ 462,09	R\$ 511,36	R\$ 623,86	R\$ 1.392,00	
	24 - 28	R\$ 402,40	R\$ 490,93	R\$ 543,28	R\$ 662,80	R\$ 1.478,88	
	29 - 33	R\$ 414,20	R\$ 505,33	R\$ 559,21	R\$ 682,24	R\$ 1.522,25	
	34 - 38	R\$ 452,68	R\$ 552,27	R\$ 611,16	R\$ 745,62	R\$ 1.663,67	
	39 - 43	R\$ 517,76	R\$ 631,67	R\$ 699,03	R\$ 852,81	R\$ 1.902,84	
	44 - 48	R\$ 724,84	R\$ 884,30	R\$ 978,60	R\$ 1.193,89	R\$ 2.663,87	
	49 - 53	R\$ 970,43	R\$ 1.183,92	R\$ 1.310,17	R\$ 1.598,41	R\$ 3.566,46	
	54 - 58	R\$ 1.088,82	R\$ 1.328,37	R\$ 1.470,02	R\$ 1.793,42	R\$ 4.001,58	
Acima de 59	R\$ 1.775,19	R\$ 2.165,74	R\$ 2.389,68	R\$ 2.923,95	R\$ 6.524		
<b>PME PORTE III - 100 - 199 vidas</b>							
Faixa Etária	00 - 18	R\$ 264,67	R\$ 322,90	R\$ 357,33	R\$ 435,94	R\$ 972,70	
	19 - 23	R\$ 338,78	R\$ 413,32	R\$ 457,39	R\$ 558,02	R\$ 1.245,07	
	24 - 28	R\$ 359,93	R\$ 439,11	R\$ 485,94	R\$ 592,85	R\$ 1.322,79	
	29 - 33	R\$ 370,49	R\$ 451,99	R\$ 500,19	R\$ 610,23	R\$ 1.361,58	
	34 - 38	R\$ 404,90	R\$ 493,98	R\$ 546,66	R\$ 666,92	R\$ 1.488,07	
	39 - 43	R\$ 463,11	R\$ 565,00	R\$ 625,25	R\$ 762,80	R\$ 1.702,00	
	44 - 48	R\$ 648,33	R\$ 790,96	R\$ 875,31	R\$ 1.067,88	R\$ 2.382,70	
	49 - 53	R\$ 868,00	R\$ 1.058,96	R\$ 1.171,89	R\$ 1.429,70	R\$ 3.190,03	
	54 - 58	R\$ 973,90	R\$ 1.188,16	R\$ 1.314,86	R\$ 1.604,13	R\$ 3.579,22	
Acima de 59	R\$ 1.587,83	R\$ 1.937,15	R\$ 2.143,72	R\$ 2.615,33	R\$ 5.835		

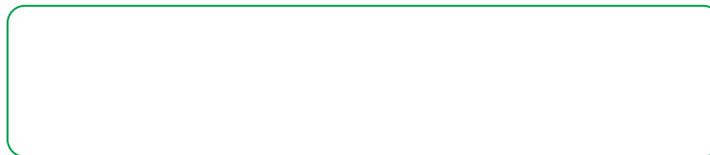
#### 4. DAS ASSISTÊNCIAS E SUAS CARACTERÍSTICAS:

4.1. Em razão da contratação dos produtos, o CONTRATANTE neste ato adquire as assistências a eles vinculadas, conforme tabela abaixo:

Planos	Assistências
<b>Clássico</b>	Assistência de Pequenas e Médias Empresas.
<b>Estilo</b>	Assistência de Pequenas e Médias Empresas; Assistência Funeral Individual.
<b>Absoluto</b>	Assistência de Pequenas e Médias Empresas; Assistência Funeral Individual; Assistência Domiciliar; Assistência Terceira Idade.
<b>Superior</b>	Assistência de Pequenas e Médias Empresas; Assistência Funeral Individual; Assistência Domiciliar; Assistência Terceira Idade; Minha Primeira Assistência; Assistência Viagem Nacional.
<b>Exclusivo</b>	Assistência de Pequenas e Médias Empresas; Assistência Funeral Individual; Assistência Domiciliar; Assistência Terceira Idade; Minha Primeira Assistência; Assistência Viagem Nacional; Assistência Concierge; Assistência Pet; Assistência Viagem Internacional

4.2. As assistências adquiridas, conforme produto, terão as seguintes características:

Assistência	Características
Assistência de Pequenas e Médias Empresas	Serviços Em Âmbito Nacional: Chaveiro, Encanador, Eletricista, Vidraceiro, Vigia, Limpeza, Cobertura Provisória De Telhados, Telefonia, Courier E Reparo Em Bebedouros.
Assistência Funeral	Assistência Funeral Individual Aos Beneficiários Titulares e Dependentes, Que Consiste No Transporte De Responsável Para Liberação Do Corpo Em Âmbito Nacional E Translado Funerário Em Território Nacional E No Exterior.
Assistência Domiciliar	Chaveiro; Eletricista; Encanador E Vidraceiro.
Assistência Terceira Idade	Assessoria A Maiores De 60 (Sessenta) Anos, Nos Seguintes Serviços: Transporte Para Tratamento Fisioterápico Em Âmbito Nacional; Instalação De Fitas Antiderrapantes Em Escadas E Tapetes; Instalação De Equipamento Residencial; Instalação De Barras De Apoio E Reposicionamento De Móveis E Assessoria Para Aluguel De Equipamentos E Locação De Equipamentos Em Todas As Capitais Dos Estados.
Assistência Minha Primeira	Instalação De Fitas Antiderrapantes; Proteção De Quinas E Portas; Proteção De Corrimão E Escadas; Protetor De Fogão; Instalação De Protetores De Tomadas; Avaliação De Risco Do Imóvel; Inspeção De Tomadas E Interruptores.



Assistência Nacional a Viagem	Assistência Médica, Odontológica De Emergência, Farmacêutica Por Evento, Transporte Sanitário, Funerário, Regresso Do Menor Desacompanhado, Translado Médico, Convalescença Em Hotel, Retorno Antecipado Em Caso De Falecimento, Transmissão De Mensagens Urgentes, Retorno Antecipado Em Caso De Acidente Ou Doença, Assistência Na Localização De Bagagem, Orientação Por Perda De Documento, Auxílio Por Extravio De Bagagem.
Assistência de Concierge	Informações: De Trânsito; Sobre Hotéis; Sobre Voo (Tempo De Duração E Escala); Meteorológicas; Sobre Roteiro Cultural; Sobre Roteiro De Viagem; Sobre Fuso Horário; Sobre Caixas Eletrônicos 24 Horas; Sobre Espetáculos Culturais; Sobre Condições De Praias; Sobre Restaurantes; Sobre Funcionamento De Shoppings Center E Lojas; Sobre Bolsa De Valores; De Cotações, Moedas E Taxas De Câmbio; Cotação De Veículos; Sobre Farmácias, Medicamentos E Postos De Vacinação; Sobre Segunda Via De Documentos, Telefones Emergenciais; Sobre Bloqueio De Cartão De Crédito E Cheques; Sobre Bloqueio De Celular; Sobre Serviços De Floricultura, Entregas, Autorizadas De Eletrodomésticos E Quadras Esportivas.
Assistência PET	<p>Serviços Realizados Em Território Nacional: Assistência Funeral Coletivo, Assistência Funeral Individual, Translado Funerário, Agendamento De Consulta Veterinária, Serviço De Leva E Traz, Serviço De Pet Home Care, Informações Em Caso De Viagem, Indicações De Hotéis Pet, Informações Sobre Vacinas, Aplicação De Vacina Em Domicílio, Implantação De Chip, Serviço De Apoio A Localização Do Pet Desaparecido, Transporte Do Animal Assistido, Transporte E Estadia Em Hotel, Informações De Serviços Veterinários Uteis, Informações Sobre Eventos E Exposições De Animais, Rede De Descontos, Farma Pet.</p> <p>Serviços Realizados Somente Em Capitais: Assistência Cerimonial PET, Envio De Ração Em Domicílio E Envio De Medicamentos Em Domicílio.</p>
Assistência a viagem Internacional	Assistência Médica, Odontológica De Emergência, Farmacêutica Por Evento, Transporte Sanitário, Funeral, Regresso Menor Desacompanhado, Transporte Médico, Convalescença Em Hotel, Retorno Antecipado, Transmissão De Mensagens De Urgências, Retorno Antecipado PAX E Acompanhantes, Assistência Na Localização De Bagagem, Orientação Por Perda De Documento, Auxílio No Extravio De Bagagem, Auxílio Por Atraso Ou Cancelamento De Voo, Auxílio Por Atraso De Bagagem.



## 5. DA VIGÊNCIA

5.1. O contrato vigorará por prazo determinado de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado pelo mesmo prazo, desde que haja interesse entre as partes, por meio de termo aditivo próprio, iniciando-se sua vigência em        /        /        ,

## 6. DOS TERMOS:

6.1. O CONTRATANTE declara neste ato, sua expressa intenção na contratação dos produtos e serviços de assistências, constantes do Contrato de Prestação de Serviços, do qual obteve conhecimento prévio do conteúdo, não tendo dúvida a seu respeito, em especial no que se refere às coberturas, limites e riscos excluídos e que optou pelo recebimento da sua cópia da seguinte forma:

Impresso

Eletrônico

6.2. A descrição dos produtos em sua completude encontram-se disponível no site: [www.centralnacionalunimed.com.br/contratos](http://www.centralnacionalunimed.com.br/contratos)

\_\_\_\_\_, de de .

CONTRATANTE: *(assinatura e carimbo dos representantes legais)*

CONTRATADA: *(assinatura e carimbo dos representantes legais)*

SUBCONTRATANTE: *(assinatura e carimbo dos representantes legais)*

**Preenchimento exclusivo da Corretora (somente na hipótese de  
comercialização intermediada por Corretora)  
Na primeira venda, anexar documentos pessoais do vendedor (RG e CPF)**

Vendedor:	CPF/MF:
Telefone do Vendedor:	E-mail do Vendedor:
Razão social da Corretora:	CNPJ/MF:
Endereço da Corretora (cidade, estado, CEP):	

## TESTEMUNHAS:

Nome:

Nome:

RG:

RG:



ANS N° 33967-9



ANS - n° 41728-9

AllCare Administradora de Benefícios São Paulo Ltda.

Empresa Subcontratante (campos com preenchimento obrigatório)

Razão Social

Nome Fantasia

CNPJ

MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

Marque com um X a opção escolhida	TIPO	ORIENTAÇÃO
<input type="checkbox"/>	Inclusão	Para inclusão de Titular e/ou Dependentes, preencha todos os campos.
<input type="checkbox"/>	Alteração	Para alteração de dados, preencha abaixo a Identificação do Beneficiário que será alterado, juntamente com os dados que deseja alterar.
<input type="checkbox"/>	Exclusão	Para exclusão de Beneficiários, identifique o Beneficiário com o nº e nome que será excluído. <b>ATENÇÃO:</b> Ao excluir um Beneficiário Titular, todos seus Dependentes serão excluídos.

Para alteração ou exclusão, informe aqui o beneficiário:

Número do beneficiário na Operadora

CPF

Nome do beneficiário

Para inclusão preencha todos os campos abaixo:

REDE E ACOMODAÇÃO

REGIONAIS

SEM COPARTICIPAÇÃO:

Plano Clássico

Quarto Coletivo

COM COPARTICIPAÇÃO:

Plano Clássico

Quarto Coletivo

Só assine este formulário após o devido entendimento e preenchimento. É a sua proteção!

Local e data

Rubrica do Representante Legal da Empresa Subcontratante

\*Todos os dados são de preenchimento obrigatório.

## REDE E ACOMODAÇÃO

### NACIONAIS

#### SEM COPARTICIPAÇÃO:

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Plano Estilo    | Quarto <b>Coletivo</b>  |
| <input type="checkbox"/> Plano Estilo    | Quarto <b>Privativo</b> |
| <input type="checkbox"/> Plano Absoluto  | Quarto <b>Privativo</b> |
| <input type="checkbox"/> Plano Superior  | Quarto <b>Privativo</b> |
| <input type="checkbox"/> Plano Exclusivo | Quarto <b>Privativo</b> |

#### COM COPARTICIPAÇÃO:

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Plano Estilo   | Quarto <b>Coletivo</b>  |
| <input type="checkbox"/> Plano Estilo   | Quarto <b>Privativo</b> |
| <input type="checkbox"/> Plano Absoluto | Quarto <b>Privativo</b> |
| <input type="checkbox"/> Plano Superior | Quarto <b>Privativo</b> |

**Só assine este formulário após o devido entendimento e preenchimento. É a sua proteção!**

### Dados do Titular

CPF	RG	
Nome Completo e sem Abreviações		
Nome Completo da Mãe e sem Abreviações		
Nº do Cartão Nacional de Saúde (SUS)	DN – Declaração de Nascido Vivo	Data de Admissão
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"/> Companheiro(a)		
Data de Nascimento	Sexo	Haverá inclusão de dependentes no contrato?
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

### Endereço Residencial

CEP	Logradouro					
Logradouro (continuação)	Número	Complemento				
Bairro	Município*	UF				
DDD	Telefone Residencial	DDD	Telefone Celular	DDD	Telefone Comercial	Ramal
E-mail						

Local e data

Rubrica do Representante Legal da Empresa Subcontratante

## Relação dos Dependentes

**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  
 Solteiro     Casado     Separado     Viúvo     Divorciado     Outros

---

Data de Nascimento | Sexo  
 M     F | Grau de Parentesco  
 Cônjuge     Filho/filha     Outros

---

Nome Completo da Mãe e sem Abreviações\*

**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  
 Solteiro     Casado     Separado     Viúvo     Divorciado     Outros

---

Data de Nascimento | Sexo  
 M     F | Grau de Parentesco  
 Cônjuge     Filho/filha     Outros

---

Nome Completo da Mãe e sem Abreviações\*

**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  
 Solteiro     Casado     Separado     Viúvo     Divorciado     Outros

---

Data de Nascimento | Sexo  
 M     F | Grau de Parentesco  
 Cônjuge     Filho/filha     Outros

---

Nome Completo da Mãe e sem Abreviações\*

\*Todos os dados são de preenchimento obrigatório.

Local e data

Rubrica do Representante Legal da Empresa Subcontratante



ANS N° 33967-9



ANS - n° 41728-9

**Declaro que:**

1) Através do presente instrumento, manifesto a intenção de inclusão do meu nome e de meus dependentes indicados neste Formulário para inclusão/movimentação de beneficiários, no contrato coletivo empresarial proposto pela **EMPRESA SUBCONTRATANTE**, a quem concedo o direito de agir em meu nome e de meus dependentes, ficando a mesma investida dos poderes de representação.

2) Todas as informações prestadas de próprio punho neste documento, referentes a mim e/ou aos meus dependentes, são verdadeiras, completas, de meu conhecimento e responsabilidade. Fico, ainda, ciente que, de acordo com as normas vigentes, se forem constatados dados falsos, inverídicos ou incompletos, o contrato poderá ser rescindido, nos termos estabelecidos nas condições gerais e no artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe: "Se o segurado, por si ou seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido".

3) Estou ciente de que a minha inclusão no citado contrato coletivo empresarial só terá validade após a aceitação da Proposta Comercial formalizada pela **EMPRESA SUBCONTRATANTE** à(s) **Operadoras/ Seguradora**.

4) Estou ciente e de acordo que a(s) Operadoras/ Seguradora poderão utilizar de todos os meios de prova admitidos em direitos para elucidar os eventos médicos hospitalares relacionados às declarações prestadas na Declaração de Saúde sobre mim e meus dependentes, bem como, por intermédio do profissional médico por ela designado, poderá solicitar a qualquer tempo, à **EMPRESA SUBCONTRATANTE**, a mim, a médicos, hospitais e outros prestadores de serviço, informações que julgar necessárias para elucidação de qualquer assunto relacionado ao contrato.

5) Recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e que tenho ciência das condições ali dispostas as quais foram lidas, entendidas e aceitas sem restrições, principalmente referentes as condições de: a) cobertura e exclusões em conformidade com o Rol de Procedimentos; b) períodos de carência e Cobertura Parcial Temporária; c) critérios de reajuste e variações etárias; d) rede credenciada; e) acomodação hospitalar; f) múltiplos de reembolsos; dentre todas as demais.

6) Tenho ciência que receberei através da **EMPRESA SUBCONTRATANTE** o Guia de Leitura para Contratação de Planos de Saúde, junto com a carteira de identificação do plano.

\*Todos os dados são de preenchimento obrigatório.

INCLUSÃO	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA NOVAS INCLUSÕES
Novo titular	Ficha proposta totalmente preenchida, datada, carimbada e assinada pelo novo funcionário e responsável pela empresa, carteira de trabalho, comprovante de FGTS, cópia CPF e identidade.
Dependentes	Ficha proposta totalmente preenchida, datada, carimbada e assinada pelo novo funcionário e responsável pela empresa, documentos que comprovem o parentesco (certidão de nascimento, certidão de casamento, declaração de união estável, etc), cópia CPF e identidade.

Local e data

Rubrica do Representante Legal da Empresa Subcontratante



ANS N° 33967-9



ANS - n°41728-9

## Declaração de Saúde

### 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:**

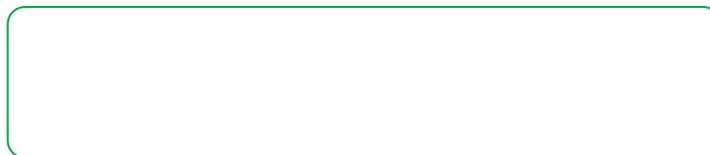
- A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORARIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carência contratual.
- 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.



ANS N° 33967-9



ANS - n° 41728-9

- 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, NAO 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](http://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

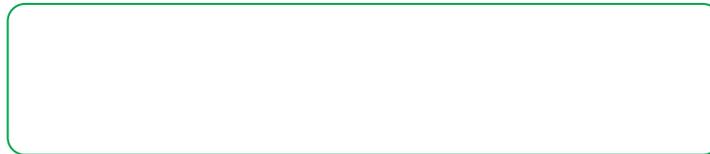
Nome	Local	Data

Assinatura

#### Intermediário entre Operadora e Beneficiário

Nome	Local	Data

Assinatura



## DECLARAÇÃO DE SAÚDE (ANS RN n° 162, 17/10/2007)

Com o objetivo de zelar pela sua saúde e prestar serviços assistenciais compatíveis com sua necessidade, solicitamos o preenchimento do questionário abaixo com bastante atenção, observando as informações importantes a seguir:

1. A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo 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, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

2. O preenchimento da Declaração de Saúde deverá ser obrigatoriamente feito de próprio punho pelo proponente titular, em seu nome e de seus dependentes, ou responsável pelo titular quando este for menor de 18 anos.

3. As respostas afirmativas deverão ser esclarecidas pormenorizadamente, informando a data do diagnóstico da doença ou deficiência, os exames e tratamentos realizados e/ou a realizar. Anexando-se relatório(s) médico(s), cópia(s) de exame(s) e/ou receita(s), a análise da Declaração de Saúde será agilizada.

4. O proponente titular ao preencher e assinar a Declaração de Saúde assume a responsabilidade por todas as declarações feitas, inclusive com relação aos dependentes, sendo que a omissão ou inexatidão dará ensejo à perda do direito às coberturas do plano de saúde, podendo ainda ser excluído do plano de saúde pela Operadora, juntamente com seus dependentes, sem prejuízo da cobrança do que for apurado pela utilização indevida, após decisão da ANS, nos termos da Resolução Normativa n° 162, de 17/10/2007.

5. Para o preenchimento da Declaração de Saúde o proponente titular poderá ou não utilizar um médico para sua orientação. Assinale abaixo a sua opção:

5.1 Declaro ter entendido todas as perguntas da declaração de saúde, não necessitando de profissional médico para respondê-las.

5.2 Declaro ter sido orientado pelo meu médico particular no preenchimento da declaração de saúde, assumindo o custo correspondente.

5.3 Declaro ter sido orientado por médico indicado pela Central Nacional Unimed no preenchimento da declaração de saúde, sem ônus desta orientação.

6. A caracterização de doença ou lesão pré-existente e suas consequências, declaradas no processo de admissão ao plano de saúde, e constatadas nesta Declaração de Saúde, determina a obrigatoriedade da CPT - Cobertura Parcial Temporária/ou Agravo, assim definidos:

**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 declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.



ANS N° 33967-9



ANS - n° 41728-9

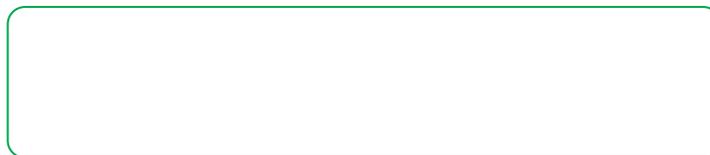
**b)Agravado:** é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

7. Depois de preenchida esta Declaração de Saúde, e constatada a existência de doença ou lesão preexistente, o proponente assinará termo específico de opção entre Cobertura **Parcial Temporária** ou **Agravado**.

Declaro ter lido e entendido plenamente o texto acima, não necessitando de outros esclarecimentos.

Dados do Declarante

Nome	RG	CPF
Assinatura	Data	



## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

(a ser preenchida de próprio punho pelo usuário titular)

Nome do titular: \_\_\_\_\_

Nome dependente 1: \_\_\_\_\_

Nome dependente 2: \_\_\_\_\_

Nome dependente 3: \_\_\_\_\_

Nome dependente 4: \_\_\_\_\_

Nome dependente 5: \_\_\_\_\_

Nome dependente 6: \_\_\_\_\_

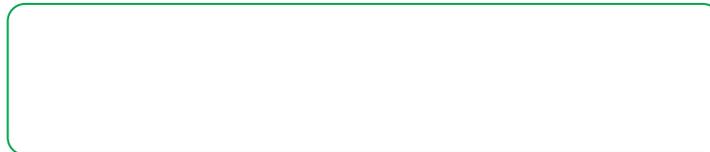
ITENS (Informe se tem ou já teve)	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO						
	TIT.	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP	5º DEP	6º DEP
1) Doenças do aparelho cardiocirculatório (como dor no peito recorrente, infarto, pressão alta, arritmias, aneurisma de aorta, cirurgias cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênitas, entre outras).							
2) Doenças endócrinas e metabólicas (como diabetes, doenças da tireoide, obesidade, entre outras).							
3) Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes (como anemias, púrpuras, talassemias, HIV, AIDS e suas complicações, lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artrite reumatoide, entre outras).							
4) Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares (como derrame, aneurisma cerebral, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia e doenças congênitas do sistema nervoso, entre outras).							
5) Doenças crônicas do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, nariz e da garganta (como asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, sinusite e desvio de septo nasal, apneia do sono, entre outras).							
6) Doenças ortopédicas (como artrose, hérnia de disco, deformidade de ossos e da coluna, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvios de coluna, fraturas de repetição, entre outras).							
7) Doenças ou tumores malignos (como leucemia, mieloma múltiplo, carcinoma, melanoma, linfoma e todos os tipos de câncer).							

ITENS (Informe se tem ou já teve)	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO						
	TIT.	1° DEP	2° DEP	3° DEP	4° DEP	5° DEP	6° DEP
8) Doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor masculino ou feminino (como cálculo renal, insuficiência renal, infecção urinária de repetição, incontinência urinária, doenças de próstata, cistos de ovário, endometriose, mioma uterino e nódulos de mama, entre outras).							
9) Doenças do aparelho digestivo (como úlcera, gastrite, hérnia de hiato, cálculos da vesícula biliar, hemorroidas, entre outras).							
10) Doenças psiquiátricas (como depressão, transtorno de ansiedade, transtorno bipolar, entre outras).							
11) Qualquer outra doença que não se encontre listada nos itens anteriores.							
12) Já esteve ou está no momento afastado de sua atividade profissional?							
Se sim, informe os proponentes, período e motivo:							
13) Faz algum tratamento médico atualmente?							
Se sim, informe os proponentes, período e motivo:							
14) Já esteve internado ou realizou alguma cirurgia?							
Se sim, informe os proponentes, período e motivo:							
15) Já recebeu transplante de algum órgão?							
Se sim, informe os proponentes, período e motivo:							
16) Já recebeu indenização por acidente ou doenças?							
Se sim, informe os proponentes, período e motivo:							





ANS N° 33967-9



ANS - n° 41728-9

## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro para os devidos fins de direito, que as informações prestadas de próprio punho por mim, livre e espontaneamente, são verdadeiras e completas, e estou ciente de que qualquer inexatidão ou omissão nas minhas declarações, que possam influenciar na minha inscrição em um dos produtos do instrumento de comercialização contratado ou no valor da mensalidade, dará ensejo à perda do direito às coberturas do plano de saúde, podendo ser excluído do produto optado, sem prejuízo da cobrança do que for apurado pela utilização indevida, de acordo com o que dispõe o artigo 766 e seu parágrafo, do Código Civil Brasileiro. Declaro também, por mim e por meus dependentes, que estamos plenamente cientes das condições gerais que integram o instrumento de comercialização contratado e seus produtos anexos, com as quais concordamos em todos os seus termos, sem exceção.

### Dados do Declarante

Data		Nome do Declarante	
RG	Órgão Emissor	CPF	
Telefone Residencial (com DDD)		Telefone Celular (com DDD)	
E-mail			

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

Médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASS./CARIMBO – CRM

ANS - n° 33967-9