

Solicito minha inscrição e de meus dependentes no Plano de Saúde que _____ (Nome da Empresa) mantém com a Alvorecer, declarando-me ciente de todos os termos deste contrato.

PLANOS BLUE MED AD PLUS - QC - Enfermaria - (ANS: 488.965.21-7) BLUE MED AD PLUS - QP - Apartamento - (ANS: 488.966.21-5)

TITULAR (Preencher de Modo Legível e com Letra de Forma)

00			Nascimento	Sexo	
Nome da Mãe					
Endereço				Nº	Complemento
Bairro			Cidade	UF	CEP
RG	CNS	CPF	Tel.: ()		Tel.: ()

DEPENDENTES (Preencher de Modo Legível e com Letra de Forma)

01			Nome da Mãe	RG	CNS	CPF	Sexo
		Nome da Mãe	RG	CNS	CPF	Sexo	
02			Nome da Mãe	RG	CNS	CPF	Sexo
		Nome da Mãe	RG	CNS	CPF	Sexo	
03			Nome da Mãe	RG	CNS	CPF	Sexo
		Nome da Mãe	RG	CNS	CPF	Sexo	
04			Nome da Mãe	RG	CNS	CPF	Sexo
		Nome da Mãe	RG	CNS	CPF	Sexo	

DECLARAÇÃO DE SAÚDE - Deve ser preenchida pelo proponente titular, por si e por seus dependentes

Responder escrevendo S para SIM e N para NÃO

ITENS		TIT 00	DEP 01	DEP 02	DEP 03	DEP 04
01	Problemas das veias e artérias (varizes ou aneurismas)?					
02	Problemas no coração (infarto, pressão alta) ou circulação, usa marca-passo?					
03	Problemas das glândulas como diabetes / tireóide?					
04	Problemas gástricos (estômago, vesícula, fígado, esôfago, pâncreas, intestino e ânus)?					
05	Problemas como hérnias de qualquer tipo?					
06	Problemas como anemias ou leucemias?					
07	Problemas como cálculos, infecções dos rins, bexiga e uretra?					
08	Problemas neurológicos ou psiquiátricos (derrame, paralisias)?					
09	Problemas de ouvido nariz e garganta?					
10	Problemas de pulmão e traquéia, como asma, bronquite e pneumonia?					
11	Problemas ortopédicos (hérnia de disco ou fraturas), reumatológicos (artrose)? Possui pinos, placas ou parafusos?					
12	Problemas ginecológicos e mastologia (mamas, cisto de ovário ou miomas)?					
13	Problemas infecto contagiosos (hepatite c, aids ou outros)?					
14	Problemas de câncer ou tumores de qualquer natureza? Realiza quimioterapia, braquiterapia ou radioterapia?					
15	Problemas urinários e prostáticos?					
16	Problemas congênitos ou hereditários?					
17	Problemas oftalmológicos (cataratas, glaucomas)?					
18	Realiza diálise ou hemodiálise?					
19	Tem algum tratamento clínico cirúrgico programado para os próximos meses (transplante, cirurgia de obesidade, entre outros)?					
20	Faz uso de bebidas alcoólicas em média mais de 3 vezes por semana?					
21	Faz ou já fez tratamento para dependência química (álcool ou drogas) ou doenças psiquiátricas?					
22	Fuma? Especifique a quantidade de cigarros ao dia.					
23	Qual a sua altura? Especifique em metros.					
24	Qual o seu peso? Especifique em kg.					

OBS: Caso algum dos participantes desta proposta apresente alguma das situações acima, especifique no campo abaixo a razão da mesma: datas, tratamentos, situação atual e tudo o mais que considerar.

PARA USO DO MÉDICO OU ASSOCIADO:

Conferido para EQ: ____ / ____ / ____

- Não optei pela orientação de um médico, por não ter encontrado dificuldades no preenchimento da declaração de saúde.
- Optei pela orientação de um médico da rede credenciada para o preenchimento da declaração, sendo de responsabilidade da CONTRATADA, o ônus gerado por esta entrevista.
- Optei pela orientação de um médico não pertencente a rede credenciada da CONTRATADA, assumindo o ônus desta entrevista.
- Optei pelo agravado adotado como compensação nas mensalidades, objetivando a concessão da cobertura para as Doenças e Lesões Preexistentes após os prazos de carências contratuais.
- Não optei pelo agravado nas mensalidades referentes as Doenças e Lesões Preexistentes, ficando estabelecida a CPT (Cobertura Parcial Temporária) para as DLPs acima declaradas.
- Não aceitei o PLANO REFERÊNCIA oferecido a mim, pela CONTRATADA.

Permanecem inalterados os demais itens do Contrato em Referência

Declaro ter recebido na presente data, cópia do contrato com suas condições gerais e anexos as quais foram integralmente lidas, entendidas e por mim aceitas, sem qualquer restrição ao seu conteúdo, não tendo dúvidas quanto à sua aplicação, inclusive no que diz respeito às carências, o que confirmo com minha assinatura na presente proposta.

_____ de _____ de _____

Assinatura do titular ou responsável

VISTO E CARIMBO DO MÉDICO	NOME LEGÍVEL DO TITULAR OU RESPONSÁVEL	CARIMBO E ASSINATURA DA EMPRESA CONTRATANTE
---------------------------	--	---

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1 - A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

2 - Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, serão oferecidas duas opções:

- 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;
- b) 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

3 - No preenchimento dessa declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

4 - A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar 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 omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

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 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!

* 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: _____
RG: _____	RG: _____
CPF: _____	CPF: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO E OFERECIMENTO DO PLANO REFERÊNCIA**Prezado(s) Beneficiário(s)**

Essa declaração tem o objetivo auxiliá-lo na compreensão dos serviços que a Alvorecer, proporciona a você no que diz respeito ao PLANO REFERÊNCIA. Ele responderá suas principais dúvidas e deve ser lido atentamente antes do preenchimento da Proposta de Admissão e da assinatura dessa Declaração.

1.O que é PLANO REFERÊNCIA?

É o plano instituído pela Lei nº 9656/98, art. 10, sendo aquele que cobre todos os procedimentos médicos de ambulatório internação, incluindo parto e que, obrigatoriamente, deve ser oferecido ao consumidor que deseja comprar um plano de saúde.

2.Quais são as coberturas do PLANO REFERÊNCIA?

Cobertura integral, após 24 horas do início de vigência do contrato, de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, assim como todos os exames e tratamentos previstos no Rol de Procedimentos publicado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, para os casos de urgência e emergência, com exceção das doenças ou lesões preexistentes.

Atendimento em consultórios e internação em padrão enfermaria, com direito a parto, a UTI e a todos os exames e tratamentos necessários para diagnosticar ou tratar o problema de saúde.

3.O que significa CID?

É a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, onde estão classificadas, com os seus respectivos códigos, todas as doenças conhecidas pela Organização Mundial de Saúde. Está atualmente em sua 10ª versão (CID-10).

Em relação aos planos de saúde, a legislação brasileira determina que todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 devem ter cobertura.

4.E se eu optar por um plano diferente do PLANO REFERÊNCIA?

Não haverá nenhum problema, basta assinar essa Declaração dizendo que o PLANO REFERÊNCIA lhe foi oferecido pela Alvorecer.

5.Por que assinar essa Declaração?

A partir de 3 de dezembro de 1999, a ANS determinou a obrigatoriedade das operadoras em oferecer o plano referência a seus atuais e futuros clientes, instituído pela Lei nº 9656/98, art. 10.

A entrega dessa Declaração, assinada pelo titular do Plano, é obrigatória e faz parte integrante do Contrato, conforme determinação da ANS.

Declaro que eu conheço e me foi ofertado pela ALVORECER Associação de Socorros Mútuos, Operadora de Plano Privado de Assistência a Saúde, doravante simplesmente denominada de Alvorecer, inscrita no CNPJ/MF sob nº. 62.511.019/0001-50, o PLANO REFERÊNCIA, nos termos do artigo 10, da Lei nº 9656/98, sendo àquele que assegura o atendimento integral ambulatorial, hospitalar e obstétrico, com padrão acomodação em enfermaria, após 24 horas, da contratação do plano, para os casos de urgência e emergência, cujas doenças estejam relacionadas no CID 10 – classificação internacional de doenças relacionadas à saúde, excetuando-se os casos de doenças e/ou lesões preexistentes.

Local _____, _____ de _____ de 20_____

CONTRATANTE – BENEFICIÁRIO TITULAR

CONTRATADA - ALVORECER / BLUE MED