

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

EU (nome completo).....

FUNCIONÁRIO LOTADO NA.....

CPF.....,RG.....

autorizo a minha inclusão como usuário (a) titular e de meu(s) dependente(s), ao Contrato Coletivo por Adesão HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA, Registrado na ANS sob o n.º 36.825-3, tendo por objeto ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR e ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA, com cobertura para procedimentos ambulatoriais, hospitalares com obstetrícia e exames complementares, visando a prevenção da doença e a recuperação da saúde, sem cobrança de co-participação em consultas, exames, terapias, procedimentos e internações, e com utilização exclusiva na rede HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.

Declaro que estou de acordo com todos os termos do Contrato acima mencionado, autorizando a Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde, a promover o **desconto em folha de pagamento em favor da HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA**, do montante relativo à(s) mensalidade(s) do plano contratado.

<i>PLANILHA DE PREÇOS POR FAIXA ETÁRIA</i>		
FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO
0 - 18	R\$ 162,75	R\$ 219,71
19 - 23	R\$ 162,75	R\$ 219,71
24 - 28	R\$ 162,75	R\$ 219,71
29 - 33	R\$ 162,75	R\$ 219,71
34 - 38	R\$ 162,75	R\$ 219,71
39 - 43	R\$ 162,75	R\$ 219,71
44 - 48	R\$ 402,82	R\$ 543,81
49 - 53	R\$ 402,82	R\$ 543,81
54 - 58	R\$ 402,82	R\$ 543,81
59 OU +	R\$ 975,23	R\$ 1.316,56

Para efeito de cadastramento, forneço no cadastro ao presente termo, os dados necessários do Usuário/beneficiário titular bem como de meus dependentes, se houver.

Esclareço que fui bem informado sobre as condições do contrato, coberturas, e ratifico que estou de acordo com todas as cláusulas contratuais.

E por estar de pleno acordo, assino o presente termo de adesão e autorização de desconto em folha de pagamento.

São Francisco do Conde, .....de..... de 2017.

.....  
Assinatura do Titular (nome completo e legível)

PROPONENTE TITULAR				
Nome				
Cont. (nome)			CPF	
Data de nascimento	Sexo ( ) M ( ) F	RG	Órgão	UF
Estado civil	E-mail			
Nome da mãe				
CEP	Rua/Av.			
N°	Complemento	Bairro	Cidade	UF
Perímetro	Ponto de referência		Valor	
Telefone 1	Telefone 2	Acomodação ( ) Apartamento ( ) Enfermaria		
DADOS DOS(S) PROPONENTE(S) DEPENDENTE(S)				
Nome do Dependente 01				
Nome da mãe				
Data de nascimento	Sexo ( ) M ( ) F	Estado civil	Parentesco	
Certidão de nascimento		RG	Valor	
CPF do depende	N° Nascido vivo	Acomodação ( ) Apartamento ( ) Enfermaria		
Nome do Dependente 02				
Nome da mãe				
Data de nascimento	Sexo ( ) M ( ) F	Estado civil	Parentesco	
Certidão de nascimento		RG	Valor	
CPF do depende	N° Nascido vivo	Acomodação ( ) Apartamento ( ) Enfermaria		
Nome do Dependente 03				
Nome da mãe				
Data de nascimento	Sexo ( ) M ( ) F	Estado civil	Parentesco	
Certidão de nascimento		RG	Valor	
CPF do depende	N° Nascido vivo	Acomodação ( ) Apartamento ( ) Enfermaria		

Assinatura do proponente Titular: \_\_\_\_\_

**OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DA CÓPIA DO CONTRACHEQUE**

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 tecnológica (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 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-los pelos procedimentos referentes à 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](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

Local \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

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

CPF: \_\_\_\_\_

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

Nome legível, assinatura e CPF

#### Intermediário entre a operadora e o beneficiário

Local \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

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

CPF: \_\_\_\_\_

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

Nome legível, assinatura e CPF

## INFORMAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO:

1. A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes, como sendo aquelas que o proponente beneficiário tenha conhecimento no momento da assinatura do Contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes. Deverá, portanto, marcar de próprio punho, sim ou não, na relação das doenças apontadas neste documento, para si ou para qualquer de seus dependentes, se sofre ou sofreu de algumas delas, bem como outras não apontadas.
2. No preenchimento desta declaração de saúde, o proponente beneficiário tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela contratada ou por um de sua confiança, sendo que, neste caso, as despesas com honorários médicos serão de sua responsabilidade.
3. Declarando o proponente beneficiário, para si ou para seu(s) dependente(s), doença ou lesão preexistente, oferece-lhe a contratada neste momento, **CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA**: o proponente beneficiário não terá direito a cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e aos procedimentos de alta complexidade, definidos pela ANS, relacionados a doença ou lesão preexistente declarada, por um período máxima de 24 (vinte e quatro) meses.
4. Não poderá haver suspensão do atendimento e do Contrato do proponente beneficiário, para doenças ou lesões preexistentes por este, não declaradas, até que a contratada apresente as provas concretas junto à ANS de que o proponente beneficiário omitiu a declaração de doença ou lesão preexistente no preenchimento da Declaração de Saúde.
5. A omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o proponente beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento do preenchimento da Declaração de Saúde, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do Contrato. Nesse caso, o proponente beneficiário será responsável pelo pagamento integral das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da Contratada alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Os campos abaixo deverão ser preenchidos com S (SIM) ou N (NÃO)

Itens	Titular	1º Dep	2º Dep	3º Dep	4º Dep
01. Aparelho digestivo: úlcera, gastrite, vesícula, intestino, cirrose e outras.					
02. Ortopédicas: osteoporose, hérnia de disco, deformidade óssea e outras.					
03. Neurológicas: convulsões, enxaqueca, Parkinson, paralisia e outras.					
04. Vasculares: derrame, aneurisma, úlcera varicosa, varizes e outras.					
05. Cardiológicas: hipertensão arterial, infarto, angina, insuficiência cardíaca e outras.					
06. Endócrino-lógicas: diabetes, tireóide, ovário, obesidade e outras.					
07. Hematológicas (sangue): leucemia, anemia, hemofilia, linfoma e outras.					
08. Gêni-to-urinárias: varicocele, doença nos rins e pedra, próstata e outras.					
09. Otorrinolaringológicas: rinite, sinusite, a amígdalas, audição e outras.					
10. Pulmonares: crônicas, enfisema, tuberculose, asma, bronquite e outras.					
11. Ginecológicas e Mamas: cistos, mioma, displasia, nódulos e outras.					
12. Câncer ou Tumor: qualquer tipo.					
13. Oftalmológicas: cataratas, glaucoma, miopia, estrabismo, pterígio e outras.					
14. Proctológicas: fissuras, hemorroidas, pólipos, prolapso retal e outras.					
15. Congênitas: cardíacas, neurológicas, ortopédicas, deformidades e outras.					
16. Infecto-contagiosas: AIDS, hepatite, sífilis, herpes, hanseníase e outras.					
17. Psiquiátricas: esquizofrenia, neurose, depressão, psicose, demência e outras.					
18. Reumatológicas: artrite, gota, artrose, reumatismo, lupus e outras.					
19. Cirúrgicas: hérnias, ortopédicas, fistulas, cicatrizes, partos e outras.					
20. Dermatológicas: cistos, sinais e outras.					
21. Outras doenças não citadas acima.					

Se a resposta algum item acima for **SIM** para qualquer um dos proponentes responder especificando o item, código e o nome do beneficiário do proponente no quadro completar abaixo com seus devidos esclarecimentos.

Item	Código	Nome do beneficiário	Esclarecimentos

Havendo declaração ou identificação de doença ou lesão preexistente o proponente cumprirá **CPT**, que consiste na suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e aos procedimentos de alta complexidade, exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas ou identificadas. A suspensão da cobertura será por um período ininterrupto de 24 meses, a partir da data de adesão ao plano.

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

1. Eu, proponente beneficiário, para o preenchimento desta Declaração de Saúde:

Dispensei o acompanhamento do "médico orientador";

Solicitei o acompanhamento do "médico orientador"

Nome do médico: \_\_\_\_\_

CRM nº: \_\_\_\_\_

Assinatura do médico: \_\_\_\_\_

2. Declaro que preenchi de próprio punho esta declaração a assumir total responsabilidade pelas informações nela relatadas, sobre a minha pessoa e a dos meus dependentes.

3. Comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o proponente beneficiário entenda que é importante registrar:

4. Declaro que estou ciente da cobertura parcial temporária para procedimentos relacionados às doenças acima declaradas, por período de 24 meses da adesão ao plano.

5. Autorizo que médicos, clínicos e/ou hospitais prestem informações sobre meu estado de saúde ou moléstias que eu possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultado de exames e tratamentos, isentando-os de qualquer responsabilidade que impliquem em ofensa ao sigilo profissional.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Titular responsável: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Representante autorizado: \_\_\_\_\_ Vendedor: \_\_\_\_\_ Cód.: \_\_\_\_\_ Ass. do Vendedor: \_\_\_\_\_