

## FICHA CADASTRAL PARA ADESÃO AO PLANO UNIVIDA

UNIVIDA USA OPERADORA DE SAUDE S/A

CNPJ 34 608 096/0001 97

CPF do Contratante/Titular		RG do Contratante		Número do CNS do Contratante	
Nome Completo					
Data de Nascimento		Cidade de Nascimento		Estado de Nascimento	
Nome da Mãe					
Endereço					
Número	Bloco	Apartamento			Complemento
Bairro	Cidade	CEP			Estado
Telefone Comercial	Telefone Celular	Telefone Celular			Telefone Residencial
E-mail					
Nome do Responsável legal pela contratante					
CPF do Responsável		RG do Responsável		E-mail do Responsável	
<b>Plano Contratado</b>					
Plano Univida Acomodação em enfermaria ANS 493156224			Plano Univida Prime acomodação em apartamento ANS 493155226		
<b>Vigência 5 dias após a assinatura do contrato</b>					
<b>Faixa Etária</b>	<b>Qtd de vidas</b>	<b>Plano Univida Enfermaria</b>	<b>Plano Univida Prime Apartamento</b>	<b>Plano Master Livre escolha Apartamento</b>	<b>Valor total</b>
Até 48 Anos		R\$ 357,12	R\$ 595,54	R\$ 1.191,08	
49 a 53 Anos		R\$ 425,45	R\$ 693,42	R\$ 1.386,84	
54 a 58 Anos		R\$ 505,18	R\$ 825,92	R\$ 1.651,84	
Acima de 59 Anos		R\$ 892,50	R\$ 1.452,36	R\$ 2.984,72	
Valor total da proposta					
Solicitamos a inclusão dos beneficiários e dependentes ao contrato de Assistência médica <b>UNIVIDA USA OPERADORA DE SAUDE S/A</b> , sendo esta proposta integrante do contrato e anexos.					
Local e Data        /        /					
Assinatura do Responsável _____					
Nome do corretor		CPF do corretor		Telefone do Corretor	
Plataforma autorizada		Telefone da Plataforma		Assinatura do Corretor	

# FICHA CADASTRAL DE ADESÃO DE DEPENDENTES

UNIVIDA USA OPERADORA DE SAUDE S/A

CNPJ 34 608 096/0001 97

TITULAR DO CONTRATO							
Nome do titular do plano Contratado							
DADOS DOS DEPENDENTES OBRIGATÓRIO NOME COMPLETO E CPF ; UMA FICHA POR FAMÍLIA OU DEPENDENTE DIRETO							
Nome do Dependente							
CPF	Cartão Nac.de Saúde (CNS)	Sexo	EC*	GP**	Data de Nascimento	Idade	
Nome da Mãe do Dependente (Completo)						Valor R\$	
Nome do Dependente							
CPF	Cartão Nac.de Saúde (CNS)	Sexo	EC*	GP**	Data de Nascimento	Idade	
Nome da Mãe do Dependente (Completo)						Valor R\$	
Nome do Dependente							
CPF	Cartão Nac.de Saúde (CNS)	Sexo	EC*	GP**	Data de Nascimento	Idade	
Nome da Mãe do Dependente (Completo)						Valor R\$	
Nome do Dependente							
CPF	Cartão Nac.de Saúde (CNS)	Sexo	EC*	GP**	Data de Nascimento	Idade	
Nome da Mãe do Dependente (Completo)						Valor R\$	
Nome do Dependente							
CPF	Cartão Nac.de Saúde (CNS)	Sexo	EC*	GP**	Data de Nascimento	Idade	
Nome da Mãe do Dependente (Completo)						Valor R\$	
LEGENDA							
* EC- Estado civil (1) Solteiro (2) Casado (3) viúvo (4) Separado (5) Divorciado (6) Outros		** GP – Grau de Parentesco (1) cônjuge (2) Companheiro(a) (3) Filho (4) Pais (5) Filho agregado (maior) (6) Outros					
PRINCIPAIS CONDIÇÕES DE ADESÃO							
<p>Pelo presente, declaro expressamente que ao preencher e assinar esta declaração cadastral, recebi todas as informações sobre meus direitos e obrigações inerentes ao plano de assistência à saúde contratado, em meu benefício e de meus dependentes elegíveis, estou ciente e de acordo que o plano de meus dependentes será sempre o mesmo que o do titular tenho ciência e estou de acordo com os prazos de carências estabelecidos no momento da contratação, não tendo nenhuma dúvida quanto à sua aplicação. Tenho ciência e estou de acordo que eventuais reduções ou isenções dos prazos de carência, ocorridas em função de plano anterior, poderá ser aplicada a todas ou apenas parte das coberturas contratadas e que em nenhuma hipótese alteram as demais cláusulas contratuais. Estou ciente de que deverei informar o número do CPF de meus dependentes , não podendo utilizar meu número de CPF para efetiva inclusão dos mesmos no plano . Para todos os fins e efeitos, as informações por mim prestadas são verdadeiras e completas, sem omissão de quaisquer circunstâncias que possam influir na minha aceitação e de meus dependentes. A presente relação de atualização cadastral é parte integrante do contrato, o qual foi recebido, integralmente lido, entendido e aceito sem quaisquer restrições ao seu conteúdo, o que confirmo preenchendo e assinando.</p>							
Local e Data				Assinatura do Titular			

# DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Lei N.º 9656 de 3/6/1998

DEVE SER PREENCHIDO PELO TITULAR E/OU REPRESENTANTE LEGAL						Assine com S-Sim ou N-Não			
Item	Perguntas	Titular	Dependentes						
			1	2	3	4			
1	Alguma doença dos olhos (uso de óculos ou lentes, miopia, astigmatismo, estrabismo, catarata, doença de retina, ceratocone e outros)?								
2	Alguma doença da audição, do ouvido, do nariz ou da garganta (surdez, aparelho auditivo, rinite, sinusite, amigdalite, desvio de septo ou outro)?								
3	Alguma doença do cérebro, do sistema nervoso ou doença psiquiátrica (convulsão, derrame, AVC, aneurisma, paralisia cerebral, paralisia de algum membro, lesão de medula, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, depressão, esquizofrenia e outros)?								
4	Alguma doença do coração (pressão alta, angina, infarto, arritmia, aneurisma, coração dilatado, marca-passo, sopro, stent, ponte de safena, Chagas, reumática e outras)? ou cirurgia cardíaca? Tem varizes ou algum problema de circulação nas pernas?								
5	Alguma doença respiratória ou do pulmão? (asma, bronquite, enfisema, tuberculose, e outras)?								
6	Alguma doença dos rins ou da bexiga (cálculo renal, insuficiência renal, diálise, infecção de urina de repetição, incontinência ou perda de urina, sangramento nódulo ou tumor de rim e outras)?								
7	Alguma doença da mama, genital ou sistema reprodutor feminino (cisto ou tumor de ovário, ovário policístico, cisto de mama, tumor ou nódulo de mama, câncer de mama, mioma, sangramento vaginal, câncer de colo de útero, bexiga caída, infertilidade e outras)?								
8	Alguma doença do genital ou sistema reprodutor masculino (ginecomastia, doença de próstata, hiperplasia ou inchaço da próstata, estreitamento da uretra, fimose, hidrocele, varicocele, impotência sexual, doença dos testículos, infertilidade e outros)?								
9	Alguma doença do sangue, reumatismo, doença imunológica, do colágeno ou autoimune (anemia, anemia falciforme, leucemia, linfoma, HIV ou AIDS, Chagas, lúpus, esclerose múltipla, artrite reumatoide, psoríase, doença da coagulação febre reumática e outras)?								
10	Alguma doença do sistema digestivo (hérnias, gastrite, pedra na vesícula, doença do intestino, doença de Crohn, colites, hepatites, cirrose, outras doenças)?								
11	Tem obesidade ou sobrepeso? Tem diabetes, doença da tireoide, outra doença endócrina ou do metabolismo? Alguma doença de crescimento?								
12	Alguma doença dos ossos ou da coluna (artrose, hérnia de disco, desvio de coluna, tendão, tendinite, osteoporose, doença do fêmur ou joelho, bursites, artrites, fraturas, placas, pinos, próteses e outros)?								
13	Algum tumor benigno, maligno ou câncer (leucemia, linfoma, câncer de mama, pulmão, fígado, tumor ou pólipos de intestino, tumor ou câncer da próstata, melanoma e outros tumores de pele, tumor de boca ou outros tipos de câncer)?								
14	Alguma outra doença com necessidade de internação e/ou cirurgia que não foi mencionada acima? Alguma doença de genética, de nascença ou congênita?								
15	Informar peso:	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4			
16	Informar altura:	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4			
<b>Caso o Titular ou seus dependentes apresentem alguma situação anterior marcada com S – sim, especifique a razão da mesma</b>									
Item	Código Titular / Dependente	Data, Evento, Descrição, Esclarecimento				Uso interno			
<p>Eu proponente Titular declaro que entendi o conteúdo de todas as perguntas da Declaração de Saúde e dispensei orientação médica para respondê-las, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas. Autorizo a operadora a solicitar a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, exames, prontuários, e informações necessárias para a elucidação de qualquer assunto que se relacione com a presente Declaração de Saúde. As informações de saúde relativas a mim e a meu(s) dependente(s) são verdadeiras e completas, e que foram espontaneamente fornecidas, estando ciente de que a omissão de fato e/ou o preenchimento incorreto desta declaração poderá acarretar as consequências previstas na legislação de rescisão contratual e de responsabilidade do beneficiário por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso venha a ser comprovada junto a ANS.</p>									
Local e data		Assinatura do Titular			Médico /carimbo do CRM				

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES 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 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, assumira o custo desta opção. Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problemas 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 ao 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, 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, ao solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão de informação. Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá REISCINDIR 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 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. Em caso de dúvidas ou para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC acesse o Rol de Procedimento e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) – Perfil Beneficiário. Telefone ANS0800-701-9656

<b>Nome do Titular</b>	
<b>Local e data</b>	<b>Assinatura</b>

**Aditivo de Carência por plano**  
**Verifique o plano contratado**

Carência para procedimentos	Carências Plano Univida	Carências Plano Univida Prime e Plano Master
Urgência e Emergência na Segmentação Ambulatorial	24 horas da vigência contratual	24 horas da vigência contratual
Consultas Eletivas e Exames Simples	30 dias da vigência contratual	24 horas da vigência contratual
Exames Complementares	90 dias	60 dias da vigência contratual
Ultrassom, exames	90 dias da vigência contratual	30 dias da vigência contratual
Exames Complexos	180 dias da vigência contratual	90 dias da vigência contratual
Terapias	180 dias da vigência contratual	90 dias da vigência contratual
Internações psiquiátricas (Ambulatorial ou Hospitalar)	180 da vigência contratual	180 da vigência contratual
Internações Clínicas, Cirúrgicas e Obstétricas	180 dias da vigência contratual	180 dias da vigência contratual
Parto a termo	Não cobre parto	Não cobre parto
CPT e doenças e lesões preexistentes	24 meses da vigência contratual	24 meses da vigência contratual

**\*Verificar as orientações disponibilizadas no Layout para cadastramento dos planos de redução de carência.**

**TIPO DE PRODUTO:**

UNIVIDA ACOMODAÇÃO EM ENFERMARIA  
 UNIVIDA PRIME e Master ACOMODAÇÃO EM APARTAMENTO

Clientes até 58 anos terão Redução de Carência Especial para ex beneficiário Prevent Sênior (Carta de Permanência ou Carteirinha com 3(três) últimos boletos com a quitação – não pode ultrapassar 30 dias do último vencimento pago ou da exclusão da empresa.

Aditivo válido até 01/12/2022.

Solicitamos a inclusão dos beneficiários e dependentes ao contrato de Assistência médica da **UNIVIDA USA OPERADORA DE SAUDE S/A**, sendo esta proposta integrante do contrato e anexos.

Local e Data          /          /          Assinatura do Responsável

Nome do corretor	CPF do corretor	Telefone do corretor
Plataforma autorizada	Telefone da Plataforma	Assinatura do corretor

## Taxa de Angariação

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, signatário(a) do Contrato de Adesão (a “Proposta”) nº \_\_\_\_\_, declaro que efetuei o pagamento da taxa de angariação para o(a) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF (ou CNPJ) sob o nº \_\_\_\_\_.

A taxa de angariação é devida ao angariador da Proposta no ato de sua assinatura, por conta da intermediação da contratação do benefício. Ao assinar este documento, declaro que tenho ciência de que a cobrança da taxa de angariação, cujo valor é diverso do valor mensal do benefício contratado, NÃO se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento da primeira mensalidade, bem como, tenho ciência que o início da vigência do benefício é a data indicada no campo “Início da vigência do benefício”, na página 1, da Proposta.

Em caso de recusa da Proposta, a taxa de angariação será devolvida ao(a) beneficiário(a) pelo angariador.

Taxa de Angariação Documento emitido.

Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura Proponente Titular

\_\_\_\_\_  
ASSOCIAÇÃO UNIVIDA PRIME

\_\_\_\_\_  
Assinatura Corretor

**FICHA DE INSCRIÇÃO – ASSOCIAÇÃO UNIVIDA PRIME**

Nº

**DADOS DO ASSOCIADO (A)**

Nome:		
Est. Civil :	Data de Nasc :	
RG:	CPF:	
PAI:		
MÃE:		
Tel. Res:	Tel. Com:	
Celular 1:	Celular 2:	
End. Residencial:		
Complemento:		Bairro:
Cidade:	Estado:	CEP:
E-mail:		
<b>Nome do Responsável Financeiro:</b>		
Estado Civil:	Data de Nasc:	Grau de Parentesco:
Tel. Res:	Celular :	
End. Residencial:		
Complemento:		Bairro:
Cidade:	Estado:	CEP:

**ASSOCIAÇÃO UNIVIDA PRIME**

**Declaro pelos devidos fins e efeitos, que as informações sobre minha pessoa e meus dependentes, são absolutamente verdadeiras e completas.**

**Solicito a minha filiação a esta Entidade para usufruir dos benefícios.**

**Mensalmente para a ASSOCIAÇÃO UNIVIDA PRIME referente a taxa de filiação a quantia de R\$ 7,00 (sete reais), beneficiário titular.**

**Local e Data:**

**Assinatura do Associado:** \_\_\_\_\_

Autorizo a filiação:

**PARA USO DA UNIVIDA PRIME**

Assinatura do (a) Presidente



1. **Este instrumento** é a proposta de Adesão aos contratos de plano de assistência à saúde, coletivos por adesão, celebrados entre a **UNIVIDA USA OPERADORA DE SAUDE S/A ,CNPJ 34 608 096/0001 97, ANS sob nº 422 134** ,doravante denominada operadora, destinados à população que mantenha vínculo com a contratante que é a Pessoa Jurídica ASSOCIAÇÃO UNIVIDA PRIME , cnpj 44 463 760/0001-00.

2. **O Tipo de contratação** é de natureza coletivo por adesão, consubstanciada na cobertura assistencial à saúde de beneficiários titulares com vínculo profissional, classista ou setorial com conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão, os sindicatos, as centrais e as respectivas federações e confederações, as associações legalmente constituídas, ou conforme o estatuto da associação.

3. **A segmentação assistencial** dos planos de saúde previstos neste contrato é de natureza ambulatorial e hospitalar sem obstetrícia, cuja cobertura assistencial à saúde será prestada através de serviços credenciados, conforme relação constante no Manual de Orientação do Beneficiário e disponibilizado no site da operadora [www.unividaprime.com.br](http://www.unividaprime.com.br).

4. **A área de abrangência** geográfica dos planos de saúde regulados por este contrato constitui-se por municípios e grupos de municípios do Estado de São Paulo, Rio de Janeiro e estados onde a Interclínicas tenha rede credenciada , e na forma a seguir:

Registro ANS	Nome	Tipo de plano de saúde	Tipo de contratação	Regulação atuarial
<b>493156224</b>	UNIVIDA ENFERMARIA	Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia	Coletivo por adesão	Sem coparticipação
<b>493155226</b>	UNIVIDA PRIME	Ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia	Coletivo por adesão	Sem coparticipação
<b>485209205</b>	PLANO MASTER	Ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia	Coletivo por adesão	Sem coparticipação

A Abrangência geográfica do produto é na sua área de comercialização e cidades circunvizinhas onde a operadora tenha rede credenciada.

**O beneficiário** terá direito ao início de sua utilização na data indicada na tabela abaixo conforme início de Vigência e após a quitação do 1º boleto bancário e da taxa de adesão a ser enviada pela operadora.

#### TABELA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA

Data de adesão / contratação	Início da Vigência
Do dia 1 a 30	5 dias após a contratação

5. **A aceitação da Proposta** de adesão depende da comprovação do vínculo com a Entidade, sendo que os documentos comprobatórios desse vínculo estão sendo entregues ao vendedor, no ato da assinatura desta proposta, para a conferência em até 15 (quinze) dias pela Operadora, podendo esta Proposta ser recusada em razão da falta de elegibilidade. Em caso de recusa desta Proposta, o custo de implantação será devolvido pelo vendedor que a recebeu.

6. **O Contrato poderá** ser extensivo ao cônjuge ou companheiro(a); filhos e/ou dependentes legalmente equiparados a filhos, solteiros, de até 21 (vinte e um) anos completos de idade; A inclusão deverá respeitar o prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento, adoção, matrimônio ou do início do convívio em comum para aproveitamento da carência do titular, desde que apresentada a documentação pertinente e cumprimento ou não do prazo de carência, conforme estabelecido no Contrato



Coletivo por adesão sendo responsável pela documentação e informações fornecidos), sobre as circunstâncias que possam influir na aceitação desta Proposta, na manutenção ou no valor mensal, sabendo que omissões ou dados errôneos acarretarão a perda de elegibilidade do titular bem como de seus dependentes.

7. Os prazos de carência são o(s) período(s) nos quais o(s) beneficiário(s) não terão direito a determinadas coberturas, mesmo que em dia com o pagamento da mensalidade. Haverá prazos de carências para utilização das coberturas conforme estipulados na Carência Contratual presente na Cláusula 7 do Contrato Coletivo por Adesão da operadora, representada no quadro cobertura da tabela abaixo.

**PRAZOS DE CARÊNCIAS CONFORME ADITIVO DE CARÊNCIAS QUE É PARTE INTEGRANTE DESTA PROPOSTA**

Atendimento de Urgências ou Emergências, em Qualquer Unidade de Atendimento; após a vigência e implantação na operadora.	24 horas
Consultas Médicas.	30 dias
Tempo de Coagulação, Tempo de Protombina, Tempo de Sangramento, Testes Alérgicos (exceto perfil antigênico), Teste de Gravidez na Urina, Transaminases, Tipagem Sanguínea, Ureia, Urina Tipo I, Urocultura + Antibiograma e VDRL. Parasitológico de Fezes, Audiometria, Tonometria Computadorizada, Impedanciometria, , Amniocospia, , Testes Ortópticos, Retinografia, , Exames Complementares, Não Relacionados tais como: Ácido Úrico, Acuidade Visual, Amilase, Bacterioscopia, Colesterol Total e Frações, Coprocultura, Creatinina, Espermograma, Fosfatase Alcalina, Fundoscopia, Glicemia, Hemograma Completo, Potássio, Sódio, Papanicolau.	30 dias
Evocado (exceto p300 e de tronco cerebral), Mapeamento, Eletromiografia, (Eletroneuromiografia e Planigrafia), Provas de Função Pulmonar, Radiologia Com Contraste, Intervencionista, Vascular. Pesquisa de BAAR, RPD (Reação Intradérmica de Mantoux), Radiologia Simples e Sem Contraste, T3, T4, TSH, (Exceto recombinante), Vulvosopia ; Colposcopia, Campimetria , Cardiotocografia, Cistoscopia, Ultrassonografia.	30 dias
Ressonância Magnética, Retossigmoidoscopia, Tomografia Computadorizada, Ureteroscopia.	180 dias
Eletrocardiografia Dinâmica (Holter), MAPA (Monitoragem da Pressão Arterial), Eletrococleografia, Endoscopia Digestiva Alta, Broncoscopia, Colonoscopia, Colangiopancreatografia, Escanometria, Estudos Urodinâmicos.	180 dias
Arteriografia, Artroscopia, Biópsias, Biópsias Aspirativas Percutâneas, Colangiografiatranscutânea, Densitometria Óssea, Ecocardiografia, Mielografia, Mamografia, Medicina Nuclear (Cintilografias e Mapeamentos).	180 dias
Video-Laparoscopia, Exames Complementares e Procedimentos, como Amniocentese, Anatomopatologia e Citologia, Angiofluoresceniografia, Angiografia Convencional ou Digital, Toracoscopia.	180 dias
Cirurgias Ambulatoriais Com Anestesia Local (Porte Zero), Terapias e Fisioterapias.	180 dias
Quimioterapia e Radioterapia, Remoções, Internações Cirúrgicas Eletivas nas Áreas de Dermatologia, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Geral, Cirurgia de Mao, Otorrinolaringologia, Hemodiálise, Eletrocardiografia, Eletroencefalografia, Polissonografia, Radiocirurgia, Angioplastia, Flebografia por cateterismo, Teste Ergométrico, Topografia Corneana.	180 dias
Cirurgia Urológica, Cirurgia Oftalmológica; Cirurgia Vascular, Linfática, Cardíaca, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia de Mama, Cirurgia Torácica e Cirurgia Endocrinológica; Ginecológica, Microcirurgia Reconstructiva,	180 dias

Neurocirurgia, Cirurgia Oncológica, Diálise Peritoneal, Laparoscopias, Litotripsia, Hemodinâmica (Cineangiocoronariografia, Cateterismo Cardíaco).	
Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Reparadora, Transplantes, Implantes ou Reimplantes.	180 dias
Internações Decorrentes de Transtornos Psiquiátricos, Internações eletivas e programadas, Internações decorrentes de urgências/emergências.	180 Dias
Eventos Cirúrgicos, Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade Relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes e Doenças Congênitas Conforme Definido pela Legislação Vigente.	24 meses

**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 a saúde.

Obs.: Todo procedimento ou exame que necessita de acomodação hospitalar é considerado internação. Todo procedimento ou exame classificado como PAC (Procedimento de Alta Complexidade) pela ANS será considerado Especial.

8. **Toda e qualquer alteração cadastral** deverá ser informada a operadora.

9. **A utilização dos recursos** e coberturas serão utilizadas por meio dos prestadores credenciados da Operadora, respeitadas as condições contratuais. A utilização de reembolso somente poderá ser efetuada com o usuário sendo cadastrado no plano em categoria Apartamento exclusivamente em casos de urgência ou emergência comprovada e conforme estipulado no Contrato Coletivo por Adesão.

10. **As coberturas excluídas** são aquelas que não se incluem no «Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde» da ANS, bem como as despesas não cobertas citadas na Lei nº 9.656/98 e nas normas regulamentares da ANS.

11. **Doença ou lesão preexistente** é aquela da qual o usuário e/ou seus dependentes saibam serem portador(es) na data de adesão, seja por diagnóstico feito ou conhecido, devendo declará-la na Declaração de Saúde que acompanha esta Proposta. Havendo na Declaração de Saúde a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência individual, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionado(s) à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s). Caso haja necessidade, a entrevista qualificada será solicitada pela operadora.

11-1 **A data de vencimento** do pagamento do valor mensal, bem como sua forma, serão aquelas indicadas na Proposta de Adesão, sendo que a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal e acréscimo de mora de 10% ao mês (0,33 ao dia) sobre o valor do débito em atraso.

No período de inadimplência, poderá ocorrer a suspensão automática das coberturas, cuja utilização somente será reestabelecida em até 72 horas, a partir da quitação do (s) valor (es) pendentes (s) e devida compensação bancária, acrescido (s) dos encargos e observada a possibilidade de cancelamento, conforme disposto nestas condições de adesão.

12. **Assumindo a condição de beneficiário** titular, ficam outorgados à Associação Previna Med. amplos poderes para representar O titular, assim como o(s) seu(s) beneficiário(s) dependente(s), perante a operadora e/ou outros órgãos, em especial a ANS, no cumprimento e/ou nas alterações das coberturas contratuais, bem como nos reajustes dos seus valores mensais.

13. **Reajuste** independentemente da data da adesão, o valor mensal poderá sofrer reajustes legais e contratuais na data de Aniversário do Contrato entre Entidade e Operadora, a ocorrer sempre no mês Junho de cada ano, de forma cumulativa

(parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações: a) reajuste financeiro; b) por índice de sinistralidade; c) por mudança de faixa etária conforme tabela de faixas etárias e que incidirá quando o beneficiário completar a idade limite; d) em outras hipóteses, e em conformidade com legislação vigente.

**TABELA DE PREÇOS VALIDA NA DATA DE ASSINATURA DO CONTRATO**

Faixa Etária	Plano Univida Enfermaria 493156224	Plano Univida Prime Apartamento 493155226	Plano Master Livre escolha Apartamento 485209205
Até 48 Anos	R\$ 357,12	R\$ 595,54	R\$ 1.191,08
49 a 53 Anos	R\$ 425,45	R\$ 693,42	R\$ 1.386,84
54 a 58 Anos	R\$ 505,18	R\$ 825,92	R\$ 1.651,84
Acima de 59 Anos	R\$ 892,50	R\$ 1.452,36	R\$ 2.984,72

**TABELA DE REAJUSTES DE FAIXA ETÁRIA**

	Faixa Etária	acréscimos	Incidência
1	00 a 18 anos	Sem acréscimos	
2	19 a 23 anos	16,7%	Sobre o preço estabelecido para faixa 1
3	24 a 28 anos	16,7%	Sobre o preço estabelecido para faixa 2
4	29 a 33 anos	10,2%	Sobre o preço estabelecido para faixa 3
5	34 a 38 anos	16,7%	Sobre o preço estabelecido para faixa 4
6	39 a 43 anos	14,3%	Sobre o preço estabelecido para faixa 5
7	44 a 48 anos	22,5%	Sobre o preço estabelecido para faixa 6
8	49 a 53 anos	24,7%	Sobre o preço estabelecido para faixa 7
9	54 a 58 anos	32,7%	Sobre o preço estabelecido para faixa 8
10	59 anos ou mais	47,85%	Sobre o preço estabelecido para faixa 9

**Este contrato tem vigência mínima** de 12 (doze) meses, podendo ser renovado, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, de qualquer das partes, envolvidas. Em caso de rescisão do contrato coletivo, a operadora fará a comunicação desse fato, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

Em caso de rescisão antes do prazo de 12 meses por inadimplência, desistência ou fraude por parte do beneficiário o mesmo incorrerá em multa contratual equivalente a 10% dos valores restantes para a conclusão do contrato.

**14. A perda da qualidade de Beneficiário** dar-se-á em um dos seguintes casos: - Titular

**a)** Rescisão deste Contrato;

**b)** Cessaçãõ do vínculo entre o Beneficiário Titular e a Contratante;

**c)** Constataçãõ de fraude praticada pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente e conforme oitavo e decimo artigo do estatuto social ;

**d)** Constataçãõ de fraude praticada pelo Beneficiário Dependente, apurada de acordo com a legislação vigente conforme oitavo e decimo artigo do estatuto social ;

**e)** Falecimento do titular;

- f) Perda da qualidade ;
- g) Solicitação expressa do Beneficiário Titular ;
- h) Exclusão do Beneficiário Titular do Contrato ( por perda de elegibilidade estatutária) ;
- i) Falecimento do titular ;
- j) Perda da qualidade de associado junto a Associação Previna Med.

**A perda de qualidade do associado se dá de modo imediato ao ser constatado qualquer divergência na declaração de saúde .**

15. **Os benefícios poderão ser cancelados:** Por solicitação expressa, à Operadora; por falta de pagamento de 1 (um) valor mensal por prazo superior a 30 (trinta) dias, com a consequente exclusão e a dos beneficiários não o eximindo do pagamento de débitos das mensalidades não quitadas, inclusive quanto ao registro no cadastro de proteção ao crédito - SPC e SERASA; c) por outros casos de cancelamentos previstos na regulamentação.

16. **No caso de cancelamento** deverá ser devolvido a operadora o cartão de identificação de todos os participantes do contrato assumindo as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida das coberturas, incluindo a utilização por terceiros. Em caso de cancelamento antes do prazo mínimo contratual que é de 12 meses, fica sujeito a pagamento de multa no valor de 10 % do valor das mensalidades remanescentes.

17. **O BENEFICIÁRIO** afirma ter ciência que será excluído do plano de saúde em casos de fraude, declaração de informações falsas, incompletas ou omissões, como também na hipótese de utilização indevida do cartão de identificação, autorizando terceiros a utilizar seu cartão de identificação para realização de quaisquer procedimentos, sem prejuízo das medidas judiciais cabíveis para se ressarcir dos danos sofridos.

18. **Fica estabelecido** que serão suspensos os serviços prestados aos Beneficiários da CONTRATANTE, caso haja atraso superior a 30 (trinta) dias no pagamento das mensalidades, ressalvados os atendimentos àqueles que estejam internados antes da suspensão.

19. **A responsabilidade** pela coberturas contratuais é da a **UNIVIDA USA OPERADORA DE SAUDE S/A ,CNPJ 34 608 096/0001 97**e doravante denominada contratante , e a **ANS sob nº 422 13420**. o usuário poderá desistir desta proposta, sem ônus, desde que a decisão seja comunicada por escrito à Operadora no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados a partir da data da adesão, autorizando a cobrança do custo de implantação e do valor mensal, caso esse prazo não seja observado.

21. **O beneficiário titular** deverá preencher declaração de saúde, no momento da adesão contratual, ou da inclusão posterior de dependente, informando o conhecimento de DLP, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à exclusão do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9656, de 1998.

22. **A transferência de plano** somente será aceita após ter sido completado um ano de vigência do contratual, por ocasião de sua renovação, e, posteriormente, a cada 12 (doze) meses, e durante o mês de aniversário do contrato, desde que a Contratante e o Beneficiário estejam em dia com suas obrigações contratuais e ciente de que:

23. **A Segunda via do boleto bancário** e a cópia do Contrato Coletivo por Adesão poderá ser emitida no site da Interclínicas ou solicitado pelo fone de atendimento (11) 2615 9000 / 2495 0200 Whatsapp 98699 5555

24. **Para eventuais divergências** jurídicas fica eleito o fórum da cidade da sede da Operadora.

**Em caso de dúvidas**, entrar em contato com o nosso SAC ou pela internet [www.unividaprime.com.br](http://www.unividaprime.com.br)