FICHA CADASTRAL DE PROPOSTA DE INCLUSÃO DE PLANO DE SAÚDE PME

**UNIVIDA USA OP DE SAUDE S/A 34.608.096/0001-97**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CNPJ da empresa | | Inscrição Estadual | | | Inscrição municipal | |
| Razão social | | | | | | |
| Endereço da empresa | | | | | | |
| Número | Bloco | | Apartamento | | | Complemento |
| Bairro | Cidade | | CEP | | | Estado |
| Telefone Comercial | Telefone Celular | | Telefone Celular | | | Site |
| E-mail | | | | | | |
| Nome do Responsável legal pela contratante | | | | | | |
| CPF do Responsável | | RG do Responsável | | E-mail do Responsável | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Plano Contratado**  **Plano Univida Med Empresarial enfermaria 485111201 Vigência / /** | | | | | | | | | | | | |
| Faixa Etária | Quantidade de vidas | | | Valor individual | | | | | | Valor total | | |
| 00 a 18 Anos |  | | | R$126,44 | | | | | |  | | |
| 19 a 23 Anos |  | | | R$157,64 | | | | | |  | | |
| 24 a 28 Anos |  | | | R$184,70 | | | | | |  | | |
| 29 a 33 Anos |  | | | R$225,46 | | | | | |  | | |
| 34 a 38 Anos |  | | | R$253,41 | | | | | |  | | |
| 39 a 43 Anos |  | | | R$261,27 | | | | | |  | | |
| 44 a 48 Anos |  | | | R$303,55 | | | | | |  | | |
| 49 a 53 Anos |  | | | R$361,63 | | | | | |  | | |
| 54 a 58 Anos |  | | | R$462,56 | | | | | |  | | |
| Acima de 59 Anos |  | | | R$758,63 | | | | | |  | | |
| Valor taxa de inscrição | | | | | |  | | |
| Valor total | | | | | |  | | |
| Solicitamos a inclusão dos beneficiários e dependentes ao contrato de Assistência médica **UNIVIDA USA OP DE SAUDE S/A**, sendo esta proposta integrante do contrato e anexos.  Local e Data / / Assinatura do Responsável \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_ | | | | | | | | | | | | |
| Nome do corretor | | | CPF do corretor | | | | | Telefone do Corretor | | | | |
| Plataforma autorizada | | | Telefone da Plataforma | | | | | Assinatura do Corretor | | | | |
| FICHA CADASTRAL DE PROPOSTA DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES DE PLANO DE SAUDE PME  UNIVIDA USA OP DE SAUDE S/A 34.608.096/0001-97 | | | | | | | | | | | | | | |
| **PROPOSTA DE INCLUSÃO DE COLABORADOR/FUNCIONARIO/DEPENDENTE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razão social da empresa contratante | | | | | | | | | | | | | | | |
| **UMA FICHA POR FAMÍLIA OU DEPENDENTE DIRETO JUNTO COM A DECLAÇÃO DE SAÚDE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Colaborador | | | | | | | | | | | | | | | |
| CPF | | | | Cartão Nac.de Saúde (CNS) | | | Sexo | EC\* | GP\*\* | | Data de Nascimento | | | Idade | |
| Nome da Mãe do Colaborador (Completo) | | | | | | | | | | | | | Valor R$ | | |
| Nome do Colaborador | | | | | | | | | | | | | | | |
| CPF | | | | Cartão Nac.de Saúde (CNS) | | Sexo | | EC\* | GP\*\* | | Data de Nascimento | | | Idade | |
| Nome da Mãe do Colaborador (Completo) | | | | | | | | | | | | | Valor R$ | | |
| Nome do Colaborador | | | | | | | | | | | | | | | |
| CPF | | | | Cartão Nac.de Saúde (CNS) | | Sexo | | EC\* | GP\*\* | | Data de Nascimento | | | Idade | |
| Nome da Mãe do Colaborador (Completo) | | | | | | | | | | | | | Valor R$ | | |
| Nome do Colaborador | | | | | | | | | | | | | | | |
| CPF | | | | Cartão Nac.de Saúde (CNS) | | Sexo | | EC\* | GP\*\* | | Data de Nascimento | | | Idade | |
| Nome da Mãe do Colaborador (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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Local e Data | | | | | | | | Assinatura do Titular | | | | | | | |

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE**  **Lei N º 9656 de 3/6/1998**   
**UNIVIDA USA OP DE SAUDE S/A 34.608.096/0001-97**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 pólipo 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 | | | |
| **Caso o Titular ou seus dependentes apresentem alguma situação anterior marcada com S – sim, especifique a razão da mesma** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Item | Código Titular / Dependente | Data, Evento, Descrição, Esclarecimento | | | | | | | Uso interno | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | |  | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | |  | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | |  | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | |  | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | |  | | | | | | |
| 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, clinicas 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. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Local e data | | | | Assinatura do Titular | | | Médico /carimbo do CRM | | | | | | | | |

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES AO BENEFICIÁRIO   
UNIVIDA USA OP DE SAUDE S/A 34.608.096/0001-97**

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 BENEFICIARIO 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 ANS **0800-701-9656**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do Titular** | |
| **Local e data** | **Assinatura** |

Data Vigência Contratual / /

**Aditivo de Redução de Carência**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descrição de Carências** | **Carência Contratual**  **Até 58 anos** | **Carência Promocional**  **até 58 anos** |
| Urgência e Emergência na Segmentação Ambulatorial | 24 horas | 24 horas |
| Consultas Eletivas e Exames Simples | 30 dias | 24 horas |
| Exames Complementares | 90 dias | 24 horas |
| Ultrassom, exames laboratoriais hormonais. | 90 dias | 60 dias |
| Exames Complexos | 180 dias | 180 dias |
| Terapias | 180 dias | 150 dias |
| Internações psiquiátricas (Ambulatorial ou Hospitalar) | 180 dias | 180 dias |
| Internações Clínicas, Cirúrgicas e Obstétricas | 180 dias | 180 dias |
| Parto a termo | 300 dias | 300 dias |
| CPT e Preexistência | 24 meses | 24 meses |

**TABELA DE REAJUSTES DE FAIXA ETÁRIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Faixa Etária | acréscimos | Incidência |
| 1 | 00 a 18 anos |  |  |
| 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 | 42,72%% | Sobre o preço estabelecido para faixa 9 |

**\*Verificar as orientações disponibilizadas no Layout para cadastramento dos planos de redução de carência, em aditivo apartado deste contrato.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Local e Data / / Assinatura do Responsável | | |
| Nome do corretor | CPF do corretor | Telefone do corretor |
| Plataforma autorizada | Telefone da Plataforma | Assinatura do corretor |

**Relação de Hospitais para Atendimento**

**A REDE CREDENCIADA CONSTA NO SITE:** [**www.unividaprime.com.br**](http://www.unividaprime.com.br) **no link rede credenciada** [**https://unividaprime.com.br/rede%20credenciada.htm**](https://unividaprime.com.br/rede%20credenciada.htm) **, que é atualizada quinzenalmente ou no aplicativo do Google UniVida Prime que sempre é atualizado.  
  
-Internações ou cirurgias podem a critério da UNIVIDA ser direcionada a outro hospital credenciado mesmo que não tenha atendimento no plano escolhido.**

**-O produto prevê reembolso e poderá ser utilizado qualquer recurso médico no território nacional, o valor do reembolso é o da tabela UNIVIDA que consta no site no link rede credenciada.**

**MATERNIDADE SEMPRE SERÁ DIRECIONADO AO HOSPITAL MASTERCLIN – SANTA IZILDINHA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do Titular** | |
| **Local e data** | **Assinatura** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | |  | | --- | | ***\*Assinalar com X em cada documento apresentado.*** | |
|  | Cópia do Contrato Social ou Requerimento de Empresário com última alteração; |
|  | Cópia do cartão CNPJ; |
|  | Cópia do RG e CPF de todos os representantes legais que assinam o Contrato ; |
|  | FGTS completo com quitação , inclusive GRF; |
|  | Cópia da CTPS autenticada em cartório para funcionários recém-admitidos (até no máximo 45 dias); PÁGINAS: 1ª Foto, 2ª Dados Civis, Registro da Empresa atual e Empresa anterior ao registro; |
|  | Cópia do RG e CPF de todos participantes inclusos no plano; |
|  | Cópia do Comprovante de endereço |
|  | Cópia do Cartão do SUS de todos participantes inclusos no plano; |
|  | Cópias de Certidão de casamento para Cônjuges . |
|  | Companheiro (a): Declaração de União Estável de próprio punho, contendo número do RG e CPF do companheiro, endereço, tempo de convívio, número do RG e assinatura de duas testemunhas, firma reconhecida do Titular e do (a) companheiro (a) e cópia do RG do companheiro (a) . |
|  | Cópia de certidão de nascimento e CPF para filhos menores que não possuam RG; |
|  | Estagiários: Cópia do contrato de estágio; |
|  | Ficha de Dados Cadastrais do Titular , Declarações de Saúde e Condições Gerais devem ser preenchidas em todas as páginas pelo titular e assinada. |
|  | APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA, Documentação: CARTA DE PERMANÊNCIA e Aditivo Assinado pelo Titular. |
|  | **Local e data / /** |
|  |  |
|  | **Plataforma/Corretora responsável:** |
|  |  |
|  | **Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |