SAÚDE ASSIM

Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda.
Rua da Lapa,40 - Centro - Rio de Janeiro - RJ
CNPJ.: 31.925.548/0001-76 - Insc. Municipal: 00.199-982

PROPOSTA DE INCLUSÃO / ALTERAÇÃO / EXCLUSÃO

SAAE RJ SINDICATO DOS AUXILIARES DE ADMINISTRAÇÃO ESCOLAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Movimentação Cadastral

☐ Inclusão ☐ Migração de Operadora ☐ Alteração de Plano ☐ Exclusão

Associação Profissional Vinculante

CNPJ:	Razão Social:	Número do Contrato:
31.249.428/0001-04	SAAERJ	

Produtos (Campos com preenchimento obrigatório)

Sem coparticipação - Ambulatorial / Hospitalar com Obstetrícia

☐ **Clássico QC** - Registro ANS: 475.464/16-6

☐ **Superior QP** - Registro ANS: 475.455/16-7

☐ **Ideal QC** - Registro ANS: 475.459/16-0

☐ **ASSIM Plenus Referência CA QC** -Registro ANS: 426.239/99-5

☐ **Ideal QP** - Registro ANS: 475.458/16-1

Dados do(s) Beneficiário(s) Titular

Sexo: ☐ 1- Masculino 2 - Feminino	Estado Civil: ☐ 1 - Solteiro(a) 2 - Casado(a) 3 - Viúvo(a) 4 - Separado(a) 5 - Divorciado(a) 6 - Outros		NIP/SIAPE:
Nome Completo:			Data de Nascimento: / /
Endereço:		UF:	CEP: -
Cidade:	CPF:		RG:
Órgão Emissor:	PIS:	Nº Cartão Nacional de Saúde:	Nº Decl. Nascido Vivo:
Nome da Mãe:			Telefone Residencial

Dados do(s) Beneficiário(s) Dependente(s) (CPF obrigatório para maiores de 14 anos)

Dependente 01:			Data de Nascimento: / /
Nome da Mãe:			PIS/PASEP:
Sexo: ☐ 1 - Masculino 2 - Feminino	Estado Civil: ☐ 1 - Solteiro(a) 2 - Casado(a) 3 - Viúvo(a) 4 - Separado(a) 5 - Divorciado(a) 6 - Outros	CPF:	RG:
Parentesco: ☐ 1 - Pai/Mãe 2 - Cônjuge/Companheiro(a) 3 - Filho(a) 4 - Sogro(a) 5 - Irmão(ã) 6 - Outros		Nº Cartão Nacional de Saúde:	Nº Decl. Nascido Vivo:
Dependente 02:			Data de Nascimento: / /
Nome da Mãe:			PIS/PASEP:
Sexo: ☐ 1 - Masculino 2 - Feminino	Estado Civil: ☐ 1 - Solteiro(a) 2 - Casado(a) 3 - Viúvo(a) 4 - Separado(a) 5 - Divorciado(a) 6 - Outros	CPF:	RG:
Parentesco: ☐ 1 - Pai/Mãe 2 - Cônjuge/Companheiro(a) 3 - Filho(a) 4 - Sogro(a) 5 - Irmão(ã) 6 - Outros		Nº Cartão Nacional de Saúde:	Nº Decl. Nascido Vivo:
Dependente 03:			Data de Nascimento: / /
Nome da Mãe:			PIS/PASEP:
Sexo: ☐ 1 - Masculino 2 - Feminino	Estado Civil: ☐ 1 - Solteiro(a) 2 - Casado(a) 3 - Viúvo(a) 4 - Separado(a) 5 - Divorciado(a) 6 - Outros	CPF:	RG:
Parentesco: ☐ 1 - Pai/Mãe 2 - Cônjuge/Companheiro(a) 3 - Filho(a) 4 - Sogro(a) 5 - Irmão(ã) 6 - Outros		Nº Cartão Nacional de Saúde:	Nº Decl. Nascido Vivo:

Assinatura do Proponente Titular ou seu Responsável Legal

Local e Data	Assinatura: ☐ Proponente Titular ☐ Representante Legal

SAÚDE ASSIM
Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda.
Rua da Lapa,40 - Centro - Rio de Janeiro - RJ
CNPJ.: 31.925.548/0001-76 - Insc. Municipal: 00.199-982

PROPOSTA DE INCLUSÃO / ALTERAÇÃO / EXCLUSÃO

SAAE RJ
SINDICATO DOS AUXILIARES DE ADMINISTRAÇÃO ESCOLAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

DECLARAÇÃO PLANO REFERÊNCIA

Declaro que me foi oferecida a contratação do Plano Referência **(ASSIM Plenus Referência CA QC - nº 426.239/99-5)**, pela ASSIM SAÚDE, CNPJ/MF nº 31.925.548/0001-76, com número de registro na ANS 309222, de acordo com a Lei nº 9.656/98 e suas atualizações, mas que optei pela contratação do plano definido no item Produtos, na primeira folha desta Proposta de Adesão.

Assinatura do Proponente Titular ou seu Responsável Legal		
Local e Data:	CPF:	Assinatura Proponente Titular / Representante Legal:

DECLARAÇÃO BENEFICIÁRIO PRINCIPAL

Declaro que:

1. Através do presente instrumento, manifesto a intenção de inclusão do meu nome e de meus dependentes indicados nesta Proposta de Adesão, proposta pela Empresa Contratante, 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 pelo 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. Recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e receberei o Guia de Leitura para Contratação de Planos de Saúde, junto com a carteira de identificação do plano.

4. Tenho ciência de que as substituições/alterações na rede assistencial da operadora estarão disponíveis no Portal da ASSIM, no endereço eletrônico www.assim.com.br.

5. "Ocorrerá a rescisão unilateral do contrato, pelo não pagamento das mensalidades no período superior a 60 (sessenta) dias, acumulativos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o Beneficiário Titular seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência".

Assinatura do Proponente Titular ou seu Responsável Legal	
Local e Data	Assinatura: ☐ Proponente Titular ☐ Representante Legal

SAÚDE ASSIM

Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda.
Rua da Lapa,40 - Centro - Rio de Janeiro - RJ
CNPJ.: 31.925.548/0001-76 - Insc. Municipal: 00.199-982

PROPOSTA DE INCLUSÃO / ALTERAÇÃO / EXCLUSÃO

SAAE RJ SINDICATO DOS AUXILIARES DE ADMINISTRAÇÃO ESCOLAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Produtos Contratados - Sem Coparticipação

Faixas Etárias	Clássico QC Reg. ANS: 475.464/16-6	Ideal QC Reg. ANS: 475.459/16-0	Ideal QP Reg. ANS: 475.458/16-1	Superior QP Reg. ANS: 475.455/16-7	ASSIM Plenus Ref CA QC Reg. ANS:426.239.99-5
Até 18 anos					
19 a 23 anos					
24 a 28 anos					
29 a 33 anos					
34 a 38 anos					
39 a 43 anos					
44 a 48 anos					
49 a 53 anos					
54 a 58 anos					
De 59 anos em diante					
Total					

Assinatura do Proponente Titular ou seu Responsável Legal

Local e Data	Assinatura: ☐ Proponente Titular ☐ Representante Legal

SAÚDE ASSIM
Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda.
Rua da Lapa,40 - Centro - Rio de Janeiro - RJ
CNPJ.: 31.925.548/0001-76 - Insc. Municipal: 00.199-982

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

SAAE RJ
SINDICATO DOS AUXILIARES DE ADMINISTRAÇÃO ESCOLAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

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) 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 impedí-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 Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência, 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, endoscopia, etc.*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou declarada, até 24 meses, contados desde a 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 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 e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciado a omissão da informação.
- 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 o site da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

Beneficiário

_____, ____ /____ /_____
Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____ /____ /_____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

ANS - nº 309222

SAÚDE ASSIM

Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda.
Rua da Lapa,40 - Centro - Rio de Janeiro - RJ
CNPJ.: 31.925.548/0001-76 - Insc. Municipal: 00.199-982

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

SAAE RJ SINDICATO DOS AUXILIARES DE ADMINISTRAÇÃO ESCOLAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

1 - No preenchimento desta declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora ou por um profissional de sua confiança, cujo os honorários serão de sua responsabilidade.

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

3 - Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, são oferecidas duas opções:

a) Cobertura Parcial Temporária - aquela que admite por 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 - 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.

4 - Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas até que a operadora apresente as provas concretas à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. Até a decisão da ANS, não haverá suspensão do contrato nem do atendimento.

5 - A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada pela ANS, poderá 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 sido recebido o comunicado ou a notificação da operadora, alegando a existência da doença ou lesão preexistente não declarada.

Dados dos Beneficiários Dependentes	
Nome do Beneficiário Titular ou Responsável Legal:	
Nome do Médico Orientador:	CRM:

Preencher sem rasuras, de forma legível e de próprio punho, pelo Beneficiário Titular	Benef. Titular	1º Dependente	2º Dependente	3º Dependente
Declare o peso atual (kg)				
Declare altura atual (m)				

Assinatura do Proponente Titular ou seu Responsável Legal	
Local e Data	Assinatura: ☐ Proponente Titular ☐ Representante Legal

SAÚDE ASSIM

Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda.
Rua da Lapa,40 - Centro - Rio de Janeiro - RJ
CNPJ.: 31.925.548/0001-76 - Insc. Municipal: 00.199-982

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

SAAERJ SINDICATO DOS AUXILIARES DE ADMINISTRAÇÃO ESCOLAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Se a resposta a algum item da página anterior for positiva para qualquer um dos beneficiários, esclarecer o motivo, especificando o item, o beneficiário e a data do evento.

Item	Esclarecimentos	Benef. Titular	1º Dependente	2º Dependente	3º Dependente

Exclusivo para preenchimento pelo médico - Cobertura Parcial Temporária (Carência de 720 dias)

Patologias	Benef. Titular	1º Dependente	2º Dependente	3º Dependente
Hipertensão Arterial Sistêmica				
Isquemia Miocárdica				
Insuficiência Cardíaca Congestiva				
Varizes de Membros Inferiores				
Diabetes Mellitus				
AIDS				
Artrose - localização				
Neoplasia - localização				
Obesidade Mórbida				
Problema de Coluna				

Anotações Complementares

☐ **Declaro ter conhecimento de todas as perguntas da declaração de saúde e que dispenso a orientação médica, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.**

☐ **Declaro que realizei a entrevista qualificada com o médico orientador abaixo assinado.**

☐ **Declaro que fui orientado por médico de minha escolha.**

Estou ciente que será aplicada imediatamente, a partir da vigência do contrato, cláusula de Cobertura Parcial Temporária, conforme item 3, alínea "a", caso haja declaração de doença ou lesão preexistente.

Local e Data _____ Assinatura do Beneficiário _____

Eu, abaixo assinado, orientei o preechimento desta declaração de saúde:

Data _____ Carimbo e assinatura do médico orientador _____ Nome legível do médico orientador _____

SAÚDE ASSIM

Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda.
Rua da Lapa,40 - Centro - Rio de Janeiro - RJ
CNPJ.: 31.925.548/0001-76 - Insc. Municipal: 00.199-982

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

SAAE RJ SINDICATO DOS AUXILIARES DE ADMINISTRAÇÃO ESCOLAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Todas as perguntas deverão ser preenchidas com SIM / NÃO, sem rasuras pelo Beneficiário Titular ou Responsável Legal.	Beneficiário Titular	1º Dependente	2º Dependente	3º Dependente
01. Tem alguma queixa de saúde no momento?				
02. Já foi submetido a alguma internação ou cirurgia?				
03. É portador de doença congênita, síndrome de Down, Marfan ou outra? É portador de alguma sequela?				
04. Já foi ou está afastado do trabalho por acidente ou doença? Tem cirurgia programada? É portador de alguma sequela?				
05. Tem problema de pressão alta, coração, infarto, varizes ou hemorróida?				
06. Tem alguma doença do aparelho urinário ou reprodutor masculino ou feminino: mioma, infecção urinária, incontinência urinária, próstata, ovários, cálculo renal ou infertilidade? Tem fimose, hidrocele, varicocele, testículos não descidos (criptorquidia)?				
07. Tem bronquite, asma, cansaço, tosse, catarro com sangue?				
08. Tem alguma doença do aparelho digestivo: diarreia, colite, problema no fígado, doença do pâncreas, ou pedra na vesícula? Tem ou teve gastrite, úlcera, refluxo gastroesofágico, varizes de esôfago, pólipos?				
09. Tem diabetes (açúcar no sangue) ou problema de tireoide? Hipófise, doença da suprarenal ou outra?				
10. Tem ou teve doença do sangue (anemia, hemofilia, púrpura ou outra)?				
11. Tem problema de coluna, dor nas juntas, bico de papagaio ou alguma doença reumatológica? Faz tratamento com imunobiológicos?				
12. Tem problema de visão ou outra alteração ocular? Catarata, dor nos olhos, estrabismo, ceratocone, glaucoma, lesões de retina ou córnea?				
13. Tem ou teve doença neurológica, do labirinto, derrame, Alzheimer, Parkison, paralisia cerebral ou outra? Já teve convulsão, ataque epilético, treme as mãos ou tem dor de cabeça crônica?				
14. É portador de obesidade? Já fez tratamento de obesidade?				
15. Tem ou teve doença do rim (insuficiência renal,cálculo renal, infecção urinária de repetição)? Faz ou fez diálise ou hemodiálise? Já foi submetido a transplante?				
16. Tem ou teve doença psiquiátrica? Já esteve internado em clínica psiquiátrica?				
17. Tem ou teve algum tipo de câncer ou tumor (leucemia, linfomas, mama ou outros tipo de câncer)?				
18. Tem algum tipo de hérnia (inguinal, umbilical, bolsa escrotal ou outra)?				
19. Tem ou teve doença da mama (aumento do volume, displasia, nódulo ou outra)?				
20. Encontra-se grávida? Quantas semanas?				
21. Tem ou teve AIDS ou hepatite (B ou C) e suas complicações?				
22. Tem ou teve alguma doença ou lesão preexistente que não tenha sido abordada no rol de perguntas anteriores?				

Assinatura do Proponente Titular ou seu Responsável Legal

Local e Data	Assinatura: ☐ Proponente Titular ☐ Representante Legal