

**PROPOSTA DE ADMISSÃO AO PLANO/CONTRATO Nº :**

CONTRATADA				
<b>UNIMED MACAPÁ - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO</b>		CNPJ: 10.225.225/0001-08	Insc. Estadual: 03.005.756-1	<b>ANS 36681-1</b>
Endereço: Rua Samuel Trajano de Souza, 429		Bairro: Jardim Marco Zero	Macapá	AP (96) 3312-6000
CONTRATANTE/RESPONSÁVEL FINANCEIRO				
Nome:			Data Nascimento:	Sexo:
RG.	Órgão Expedidor	Data	CPF	PIS/PASEP
DADOS PARA COBRANÇA				
Endereço: (Rua, Av, Tv, etc.)				Nº
Complemento: (Apto, Sala, Bloco, etc)		Bairro:		
Município:	UF	CEP	Fone Pessoal	Fone Trabalho
Ocupação do Resp. Financeiro	Renda: ( ) até 5 SM ( ) de 6 a 10 SM ( ) de 10 a 15 SM ( ) de 16 a 20 SM ( ) + de 20 SM		DADOS BANCÁRIOS	
	Banco:	Agência:	Conta Corrente:	Nome:
DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR				
Nome:			Data Nascimento:	Sexo:
RG.	Órgão Expedidor	Data	CPF	PIS/PASEP
Filiação:	Pai:		Mãe:	
Plano Anterior: ( ) SIM NÃO ( )	Operadora Anterior/Código	Código do Plano na Unimed Macapá	Est. Civil	Idade
			Valor R\$	
DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES				
Dep. 01			Est. Civil	Idade
			Valor R\$	
Data Nascimento:	Sexo:	RG.	Órgão Expedidor	Data
			PIS/PASEP	
CPF	Filiação:	Pai:		
		Mãe:		
Dep. 02			Est. Civil	Idade
			Valor R\$	
Data Nascimento:	Sexo:	RG.	Órgão Expedidor	Data
			PIS/PASEP	
CPF	Filiação:	Pai:		
		Mãe:		
Dep. 03			Est. Civil	Idade
			Valor R\$	
Data Nascimento:	Sexo:	RG.	Órgão Expedidor	Data
			PIS/PASEP	
CPF	Filiação:	Pai:		
		Mãe:		
Dep. 04			Est. Civil	Idade
			Valor R\$	
Data Nascimento:	Sexo:	RG.	Órgão Expedidor	Data
			PIS/PASEP	
CPF	Filiação:	Pai:		
		Mãe:		
DADOS DE COMPOSIÇÃO DO PLANO (PRODUTO)				
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	ACOMODAÇÃO	ÁREA DE ABRANGÊNCIA	TIPO DE CONTRATAÇÃO	OBSERVAÇÕES
( ) AMBULATORIAL	( ) ENFERMARIA	( ) NACIONAL	( ) INDIVIDUAL/FAMILIAR	
( ) HOSPITALAR C/OBST.	( ) APARTAMENTO	( ) GRUPO DE ESTADOS (Norte/Nordeste)	( ) COLETIVO/EMPRESARIAL (com menos de 50 usuários)	
( ) HOSPITALAR S/OBST.	<b>MODERADORES</b>		( ) COLETIVO/EMPRESARIAL (com mais de 50 usuários)	
( ) AMB. + HOSP. C/OBST.	( ) CO-PARTICIPAÇÃO	( ) ESTADUAL (Em todos os Municípios)	( ) EMPRESARIAL (- de 50Us.)	
( ) AMB. + HOSP. S/OBST.	( ) FRANQUIA	( ) GRUPO DE MUNICÍPIOS (Mais de 50% dos Municípios)	( ) EMPRESARIAL (+ de 50Us.)	
	( ) SEM CO-PARTICIPAÇÃO E SEM FRANQUIA		( ) COM DEPENDENTES	
<b>SEGURO (VG)</b>			( ) SEM DEPENDENTES	
Morte Natural:		( ) MUNICIPAL (Em 1 Município)	( ) COM PATROCINADOR	
Morte Acidental:			( ) SEM PATROCINADOR	
Nome Comercial do Plano:			Nº do Registro do Plano:	
FORMA DE PAGAMENTO				
( ) Bloquete	( ) Débito em Conta	( ) Cartão de Crédito		
Número da Venda	Data Vencimento: _____	____/____/____	Cadastrado por:	
Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____		
Liberação da Auditoria	Recebido pelo Promotor	Entrada no SECOM	Ger. Cadastro	



DECLARAÇÃO CONFORME PROPOSTA DE ADMISSÃO/CONTRATO Nº \_\_\_\_\_

Esta Declaração é parte integrante do Contrato, de número indicado acima, válida para todos os usuários indicados na PROPOSTA DE ADMISSÃO

## DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade, podendo a **UNIMED MACAPÁ** considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas.

Declaro ainda, que estou ciente de que a omissão de informações sobre a existência de "Doenças ou Lesões Pré-existentes" da qual saiba ser portador no momento do preenchimento desta "Declaração de Saúde", desde que comprovada junto a ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do "Contrato". Neste caso serei 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 **UNIMED MACAPÁ** alegando a existência de "Doença ou Lesão Pré-existente" não declarada.

Local e Data:

Nome e Assinatura

No preenchimento desta "Declaração de Saúde", o "Beneficiário" tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela **UNIMED MACAPÁ**, ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade. Anote abaixo a sua opção.

## ASSINALE SUA OPÇÃO DE ESCOLHA DO MÉDICO ORIENTADOR

 MÉDICO INDICADO PELA UNIMED MACAPÁ  
(ÔNUS FINANCEIRO POR CONTA DA UNIMED)

 MÉDICO DE SUA ESCOLHA  
(ÔNUS FINANCEIRO POR SUA CONTA)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

3 - Havendo declaração de "Doença ou Lesão Pré-existente", serão oferecidas duas opções:

3.1. "Cobertura Parcial Temporária": período de até 24 (vinte e quatro) meses, estabelecido em contrato, durante o qual as "Doenças e Lesões Pré-existentes" declaradas pelo beneficiário não terão cobertura integral, podendo, neste período, haver exclusão da cobertura de "Eventos Cirúrgicos", "Procedimentos de Alta Complexidade" definidos pela ANS e "Leitos de Alta Tecnologia", assim consideradas aquelas que apresentem as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde.

3.2. "Agravado": acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, oferecido ao "Proponente" como alternativa à adoção de cláusula de "Cobertura Parcial Temporária" para que o "Proponente" tenha direito à cobertura completa da "Doença ou Lesão Pré-existente" declarada, após os prazos das carências contratuais.

4 - Nenhuma cobertura será negada para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até apresentação de provas concretas junto à ANS de que houve omissão de doença ou lesão no preenchimento desta declaração. ATÉ DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.

5 - A omissão de informações sobre a existência de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto JÁANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da(s) doença(s) ou lesão(ões) omitida(s), a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doenças ou lesão preexistente não declarada.

RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO, ASSINANDO COM (S) PARA RESPOSTAS AFIRMATIVAS E COM (N) PARA RESPOSTAS NEGATIVAS

Item	Perguntas Relacionadas a Saúde	Beneficiários Dependentes					
		Tit.	1	2	3	4	5
1	Sofre de alguma doença do sangue, como Anemias Adquiridas (Carencial, Hemolítica e Aplástica) ou Anemias Hereditárias (Talassemia e Falciforme) ou outra?						
2	Sofre de algum distúrbio do sono, como Apnéia do Sono ou outra?						
3	Sofre de alguma doença das articulações, como Artrose, Tendinite ou outra?						
4	Sofre de alguma doença dos rins, como Calculose, Insuficiência Renal, Necessidade de Transplante, Rim Transplantado ou outra?						
5	Sofre de alguma doença dos olhos, como Catarata, Estrabismo, Glaucoma, Lesão de Córnea, Miopia, Hipermetropia, Astigmatismo, Presbiopia, Pterígio, Necessidade de Transplante, Córnea Transplantada ou outra?						
6	Sofre de alguma Colagenose, como Lúpus, Esclerodermia, Polidermatomiose, Artrite Reumatóide, Vasculites ou outra?						
7	Sofre de Diabetes Mellitus?						
8	Sofre de alguma doença da boca, ou das Glândulas Salivares Maxilares ou outra?						
9	Sofre de alguma doença da Coluna (Cervical, Dorsal, Lombo-Sacra e Coccígea)?						
10	Sofre de alguma doença das Artérias e dos Capilares?						
11	Sofre de alguma doença do coração (Reumática, Valvular, Isquêmica, Infecçiosa, Muscular, Congênita ou outra)?						
12	Sofre de alguma doença do aparelho digestivo, como Cirrose Hepática, Hepatite, Calculose de Viscula, Pancreatite, Enterites, Colites, Gastrites, Úlceras, Hemorróidas ou outra?						
13	Sofre de alguma doença dos ouvidos e mastóides, como Surdez, Otite Crônica ou outra?						
14	Sofre de alguma doença do sistema nervoso, como Mal de Parkinson, Doença de Alzheimer, Epilepsia, Sequela de AVC, Tumores, Paralisia, Meningite ou outras?						
15	Sofre de alguma doença dos órgãos genitais, ou da Próstata (masculino), endometriose e mamas (feminino), Incontinência Urinária ou outra?						
16	Sofre de alguma doença dos ossos, como Osteoporose, Sequelas de Fraturas ou outra?						
17	Sofre de alguma doença dos pulmões, como DPOC, Asma, Enfisema, Tuberculose ou outra?						
18	Sofre de algum tipo de hérnia, como Inguinal, de Halito, Umbilical, Incisional, Epigástrica ou outra?						
19	Sofre de hipertensão arterial ou DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gravidez)?						
20	Sofre de alguma doença de pele, como Tumores, Manchas ou outra?						
21	Sofre de alguma deficiência física, como Malformação Congênita ou Anomalias Cromossômicas?						
22	Sofre de algum tipo de câncer (Neoplasia Maligna ou Benigna)?						
23	Sofre de algum tipo de obesidade?						
24	Sofre de alguma doença muscular, como Miastenia Graves ou outra?						
25	É portador do vírus HIV (Vírus da AIDS)?						
26	Sofre de alguma doença das glândulas endócrinas, como Tireóide, Paratireóide, Hipófise ou Suprarenal?						
27	Sofre de alguma doença das veias, como Varizes, Micro Varizes, Tromboses, Úlceras de Perna ou outra?						
28	Sofre de alguma doença mental?						
29	Sofre de alguma doença das vias respiratórias altas (sinusite crônica, desvio de septo nasal, hipertrofia de cornetes, hipertrofia de adenóides, hipertrofia de amígdala ou outras)?						

EM CASO DE RESPONSTA(S) AFIRMATIVA(S) EM QUALQUER UM DOS CAMPOS ACIMA. ESPECIFICAR NO VERSO

