

# Contrato de Adesão

Proposta nº **6717372**

Contratos de planos de assistência à saúde e assistência odontológica

0370000024016805

Vício da vigência do benefício: 01/08/2014 Entidade: CMD MUNICIPAL Matrícula (uso exclusivo da Administradora de Benefícios): CLUX 99431

18/38 - 13/30

### PROPONENTE TITULAR

E-mail: SSSF01001.COM@R

Telefone residencial: 2577-6835 Telefone celular: 98103-8051 Telefone comercial: \_\_\_\_\_

Nome completo: JORGE JOSE DE SA FERNANDES

(continuação) \_\_\_\_\_ Nome da mãe completo: LICIA DE SA FERNANDES

(continuação) 59

Data de nascimento: 08/07/55 Sexo: M Estado civil: CASADO Nacionalidade (cidade, estado e país): BRASILEIRA

PIS/PASEP: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: 03.386.462-7 300.941.364-49

Endereço residencial completo (endereço para cobrança ): RUA CREWQUERIA DANTAS 303 AP 204

CEP: 21380330 Cidade: CASCADURA UF: RS

Endereço comercial completo (endereço para cobrança ): \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: OMESM O. UF: \_\_\_\_\_

Profissão/formação: \_\_\_\_\_ Cargo/função/ocupação: (S)

Nº de registro/inscrição na entidade: \_\_\_\_\_ Nº de registro/inscrição no conselho regional/federal (quando aplicável): \_\_\_\_\_

Nº do Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_ Nº da Declaração de Nascido Vivo\*: \_\_\_\_\_

### EMPRESA

Razão Social: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ Ramo de atividade: \_\_\_\_\_

Sindicato: \_\_\_\_\_

### DEPENDENTES

1 | Nome completo: SHELLA BRITO FERNANDES

Data de nascimento: 09/10/56 Sexo: F Estado civil: CASADO Parentesco: ESPOSA CPF: 088460157-60

Nome da mãe completo: YOLANDA FERREIRA BRITO

PIS/PASEP: \_\_\_\_\_ Nº do Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_ Nº da Declaração de Nascido Vivo\*: \_\_\_\_\_

2 | Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Nome da mãe completo: \_\_\_\_\_

PIS/PASEP: \_\_\_\_\_ Nº do Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_ Nº da Declaração de Nascido Vivo\*: \_\_\_\_\_

3 | Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Nome da mãe completo: \_\_\_\_\_

PIS/PASEP: \_\_\_\_\_ Nº do Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_ Nº da Declaração de Nascido Vivo\*: \_\_\_\_\_

\* Para nascidos a partir de 01/01/10.

**DEPENDENTES (continuação)**

4	Nome completo				
	Data de nascimento	Sexo	Estado civil	Parentesco	CPF
	Nome da mãe completo				
	PIS/PASEP	Nº do Cartão Nacional de Saúde		Nº da Declaração de Nascido Vivo*	
5	Nome completo				
	Data de nascimento	Sexo	Estado civil	Parentesco	CPF
	Nome da mãe completo				
	PIS/PASEP	Nº do Cartão Nacional de Saúde		Nº da Declaração de Nascido Vivo*	

\* Para nascidos a partir de 01/01/10.

**PLANO PRETENDIDO**

Assinale abaixo, com um "X", o plano pretendido.

**ATENÇÃO:** verifique a disponibilidade do plano de saúde pretendido conforme a entidade indicada na página 1. Todos os dependentes serão cadastrados obrigatoriamente na mesma categoria de plano do proponente titular.

Assinale abaixo o plano pretendido	Planos	Código ANS	Abrangência geográfica	Segmentação assistencial	Acomodação em internação
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>UNIMED ALFA 2</b>	467.691/12-2	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Coletiva
<input type="checkbox"/>	<b>UNIMED BETA 2</b>	467.693/12-9	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual
<input type="checkbox"/>	<b>UNIMED DELTA 2</b>	467.694/12-7	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual
<input type="checkbox"/>	<b>UNIMED ÔMEGA PLUS</b>	467.664/12-5	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual



# Declaração de Saúde

Proposta nº **6717372**

É obrigatório o preenchimento desta Declaração de Saúde pelo proponente titular, de próprio punho, sem rasuras e independentemente do auxílio em questão.

## PROONENTE TITULAR

Nome completo

**JORGE JOSÉ DE SA FERNANDES**

(continuação)

## ÍTEM DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Válida para titular e dependente(s). Deverá ser preenchida obrigatoriamente pelo proponente titular.

Preencher com

"S" = SIM OU "N" = NÃO

	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Dep. 5
1. Sofre de alguma doença cardiovascular, como pressão alta, angina, infarto ou outra?	S	S				
2. Sofre de alguma doença endocrinológica, como diabetes, doenças da tireoide, obesidade ou outra?	S	S				
3. Sofre de alguma doença do aparelho respiratório, como enfisema, asma, bronquite, rinite, sinusite ou outra?	S	S				
4. Sofre de alguma doença ortopédica, como osteoporose, hérnia de disco, artrite, artrose ou outra?	S	S				
5. Sofre de alguma doença do aparelho digestivo, como gastrite, úlcera, colite, hemorroidas, cálculo de vesícula ou outra?	S	S				
6. Sofre de alguma doença do fígado, como cirrose, hepatite ou outra?	S	S				
7. Sofre de alguma doença urológica, como insuficiência renal, problema de próstata, cálculos ou outra?	S	S				
8. Sofre de alguma doença ginecológica, como miomas, cistos ou outra?	S	S				
9. Sofre de alguma doença neurológica, como epilepsia, Alzheimer, mal de Parkinson ou outra?	S	S				
10. Sofre de alguma doença oftalmológica (dos olhos), como glaucoma, miopia, astigmatismo, hipermetropia, estrabismo ou outra?	S	S				
11. Sofre de alguma doença do sangue ou autoimune, como anemias, lúpus, artrite reumatoide ou outra?	S	S				
12. Sofre de algum tipo de câncer?	S	S				
13. Apresenta hérnia inguinal, umbilical ou outro tipo?	S	S				
14. Tem doença do aparelho circulatório, como varizes, insuficiência arterial, linfangite ou outra?	S	S				
15. É portador do vírus da AIDS?	S	S				
16. Possui qualquer tipo de seqüela, dano ou deficiência decorrente de doença que saiba ser portador?	S	S				
17. Possui deficiência psicomotora, de órgão ou membro?	S	S				
18. Possui alguma doença/deformidade hereditária ou congênita?	S	S				
19. Possui cirurgia programada para os próximos 12 meses?	S	S				
20. Faz acompanhamento psiquiátrico ou psicoterápico?	S	S				
21. Está em tratamento médico?	S	S				
22. Tem alguma doença não relacionada acima?	S	S				

Portador	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Dep. 5
Peso (Kg)	60	69				
Altura (m)	1,55	1,50				



É obrigatório o preenchimento desta Declaração de Saúde pelo proponente ou seu representante legal, de próprio punho, sem rasuras e independentemente do diagnóstico médico.

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Assinale com um "X"

Nº do item	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Dep. 5	Ano do evento	Caso tenha sido marcado "Sim" em algum dos itens do plano de saúde (pagina anterior), este para titular ou dependentes, informe para cada item e por dependentes a seguir, a situação atual e tudo o mais que considerar relevante para avaliação médica.

Havendo a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) por parte do proponente titular e/ou de seu(s) dependente(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 do benefício, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

A Operadora se reserva o direito de não oferecer o Agravo como opção à CPT, conforme lhe faculta o artigo 6º, parágrafo primeiro, da Resolução Normativa nº 162/07 da ANS.

### DA RESPONSABILIDADE DO PROPONENTE E BENEFICIÁRIO

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o proponente titular e/ou seu(s) dependente(s) saiba(m) ser portador(es) no momento do preenchimento desta Declaração de Saúde, desde que comprovada na ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do benefício. Nesse caso o proponente titular, como beneficiário, será responsável pelo pagamento das eventuais despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido o Termo de Comunicação, por parte da Operadora, alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

### DEFINIÇÕES

#### Cobertura Parcial Temporária (CPT)

“Considera-se Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um 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” (Art. 2º, inciso II, da Resolução nº 162 da ANS, de 17/10/2007).

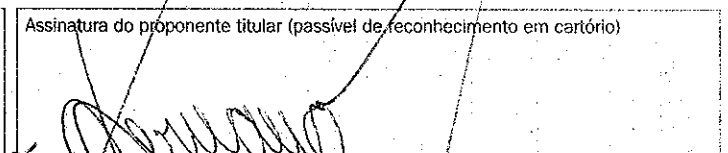
#### Agravo

“Considera-se Agravo como 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” (Art. 2º, inciso III, da Resolução nº 162 da ANS, de 17/10/2007).

## DECLARAÇÕES DO PROPONENTE TITULAR

- ( ) Declaro que fui orientado para o preenchimento desta Declaração de Saúde por médico cooperado da Unimed Rio, selecionado por meio do Guia Médico que contém a relação de médicos cooperados.
- ( ) Declaro que fui orientado por meu médico particular, não cooperado da Unimed Rio, para preenchimento desta Declaração de Saúde.
- Declaro que dispensei orientação médica a mim oferecida para o preenchimento desta Declaração de Saúde por julgar-me capacitado a fazê-lo por minha própria conta, pelo que respondo integralmente.
- ( ) Declaro que fui orientado por médico preposto para preenchimento desta Declaração de Saúde.

Declaro que as informações por mim prestadas nesta Declaração de Saúde são verdadeiras, pelas quais assumo inteira responsabilidade.

Local e data Rio 26, 6, 14	Assinatura do proponente titular (passível de reconhecimento em cartório) 
Médico orientador (se houver)	Declaro que prestei as orientações necessárias para o proponente titular preencher, de próprio punho, esta Declaração de Saúde.  CRM e assinatura do médico, sob carimbo

Nome do Beneficiário Titular:  
**JORGE JOSE DE SA FERNANDES**

CPF:  
**360.971.367-49**

PREENCHER "S" = SIM OU "N" = NÃO

**ITENS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

VÁLIDA PARA TITULAR, DEPENDENTE(S) E AGREGADO(S). DEVERÁ SER PREENCHIDA OBRIGATORIAMENTE PELO CONTRATANTE.

ITEM	TITULAR	DEPENDENTE OU AGREGADO		
		1º	2º	3º
1	S	S		
2	S	N		
3	N	N		
4	N	N		
5	N	N		
6	S	N		
7	S	N		
8	-	N		
9	N	N		
10	S	S		
11	N	N		
12	N	N		
13	N	N		
14	N	N		
15	N	N		
16	N	N		
17	N	N		
18	N	N		
19	N	N		
20	N	N		
21	N	N		
22	S	N		

INFORME	TITULAR	1º DEP/AGREG	2º DEP/AGREG	3º DEP/AGREG
PESO (Kg)	113	65		
Altura (m)	1,60	1,55		

Nº DO ITEM	ASSINALE COM UM X	dependente ou agregado			ANO DO EVENTO	Caso tenha sido marcado "Sim" em algum dos itens da Declaração de Saúde, seja para Titular e/ou Dependente(s)/ Agregado(s), informe para cada item e por beneficiário as datas, tratamentos, situação atual e tudo o mais que considerar importante para avaliação médica.
		TITULAR	1º	2º		
01	X	X			2004	Controle de pressão
02	X				2009	Controle de Diabetes e Obesidade
06	X				2004	Surdidade no fígado
07	X				2006	Hiperplasia benigna prostática
10	X	X			2002	Oo astigmatismo e Hipermetropia / Oo Astigmatismo (2004)

**DECLARAÇÕES** 22/00 - *Apnéia do Sono (2004)*

1. Declaro que tenho ciência de que se não tiver prestado informações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor na mensalidade, perderei o direito às coberturas e às mensalidades pagas, em razão de que assumo inteira responsabilidade pelas declarações por mim prestadas, da qual encontra-se em meu poder cópia carbonada de idêntico teor.

2. Declaro que, pelo contrato, estou obrigado a declarar por mim, meus dependentes e agregados, se for a hipótese, saber ser(em) portador(es) ou sofredor(es) de lesão ou doença preexistente à época da contratação.

18/08/2014  
Data

*[Assinatura]*  
Assinatura do Beneficiário Titular (ou do CONTRATANTE, se o Beneficiário Titular for menor de idade ou incapaz)



### DECLARAÇÃO DE RE-RATIFICAÇÃO

Declaro que, atendendo solicitação da Unimed-Rio, nesta data, compareci à Entrevista Médica Qualificada com profissional médico, em vista das informações consignadas na Declaração Pessoal de Saúde que prestei por ocasião da assinatura da Proposta para Contratação de Prestação de Assistência Médica e Hospitalar, de Diagnóstico e Terapia. Declaro, também não ter submetido a nenhum exame, tendo, no entanto, em vista das informações que recebi, resolvido re-ratificar os termos da Declaração Pessoal de Saúde, através do preenchimento de outra, ficando ciente da sujeição à cobertura parcial temporária relativamente a lesões e/ou doenças pré-existent já conhecidas e constatadas. Declaro, ainda, estar ciente de que qualquer inverdade ou omissão de dados que, caracterizando fraude, comprometam a análise do risco acarretará a não cobertura dos atendimentos relacionados à patologia omitida ou mesmo a rescisão do contrato.

Rio de Janeiro 18 de Agosto de 2014

Nome: JORGE JOSE DE SA FERNANDES

Identidade: 3.386472-9 10P

Assinatura: [Handwritten Signature]

Médico: [Handwritten Signature] Carimbo: Dra. Maria Couto  
Área de Aceitação e Cadastro  
Unimed RIO