

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

|  <b>Notre Dame Intermédica</b>                                                                                                                                                                                                                                      |  |  <b>Interodonto</b> |                                                        | <b>Nº DA PROPOSTA:</b><br><div>3672850</div>                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO EMPRESARIAL - PME</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                      |                                                        |                                                                                                      |  |
| <b>01 - DADOS DA PLATAFORMA/ASSESSORIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                      |                                                        |                                                                                                      |  |
| Cód. plataforma / nome plataforma/assessoria<br><b>2413 WINTAGE CORRETORA DE SEGUROS</b>                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                      | CPF do vendedor<br><b>396.604.598-23</b>               |                                                                                                      |  |
| Cód. representante<br>Nome da representante                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Nome do vendedor<br><b>ANGELICA PERAL SECCO</b>                                                      |                                                        |                                                                                                      |  |
| Contato do sistema<br><b>11999732587</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | E-mail do vendedor<br><b>angelica@wintage.com.br</b>                                                 |                                                        |                                                                                                      |  |
| <b>02 - DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE (PROponente)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                      |                                                        |                                                                                                      |  |
| Razão social<br><b>ASSOCIAÇÃO COMUNITARIA DE APOIO AO SOCIAL ESPORTIVA CULTURAL DO JARDIM TESTAI</b>                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                      |                                                        |                                                                                                      |  |
| CNPJ<br><b>0430800</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | CNPJ<br><b>45.995.972/0001-10</b>                                                                    |                                                        | Inscrição estadual                                                                                   |  |
| <b>03 - DADOS PARA COBRANÇA E NOTIFICAÇÕES (OBRIGATÓRIO)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                      |                                                        |                                                                                                      |  |
| Os seguintes documentos serão enviados exclusivamente por meios eletrônicos, de acordo com os dados fornecidos neste campo: Arquivos/Faturas para pagamento, Aviso de vencimento do boleto, Aviso de inadimplência, Notificação de cancelamento, Aviso de alteração de rede hospitalar e demais comunicações obrigatórias por força deste contrato. |  |                                                                                                      |                                                        |                                                                                                      |  |
| Nome do responsável financeiro<br><b>JAIR JOSE BARROSO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                      | CPF do responsável financeiro<br><b>574.058.408-68</b> |                                                                                                      |  |
| CDD<br>Telefone do responsável financeiro<br><b>11 38203886</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | E-mail do responsável financeiro<br><b>admcrechejardintestai@gmail.com</b>                           |                                                        |                                                                                                      |  |
| <b>04 - ENDEREÇO DA EMPRESA CONTRATANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                      |                                                        |                                                                                                      |  |
| CEP<br><b>07130-370</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Endereço<br><b>R. HENRIQUE JOSE TESTAI</b>                                                           |                                                        | UF<br><b>SP</b>                                                                                      |  |
| Nº<br><b>267</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Complemento<br><b>JARDIM TESTAI</b>                                                                  |                                                        | Bairro<br><b>SP</b>                                                                                  |  |
| Cidade<br><b>GUARULHOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Contato da empresa<br><b>JAIR JOSE BARROSO</b>                                                       |                                                        | DDD<br><b>11</b>                                                                                     |  |
| CEP do contato<br><b>574.058.408-68</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | E-mail<br><b>admcrechejardintestai@gmail.com</b>                                                     |                                                        |                                                                                                      |  |
| <b>05 - NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR PLANO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                      |                                                        |                                                                                                      |  |
| <b>13 - Smart 200 GUARULHOS (coletiva)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                      |                                                        |                                                                                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                      |                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> <b>SIM</b> Deixar nome completo e sobrenome do plano selecionado |  |
| <b>06 - MODALIDADE (FACTOR MODERADOR)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                      |                                                        |                                                                                                      |  |
| Sem participação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <input checked="" type="checkbox"/> <b>X</b>                                                         |                                                        | Com participação                                                                                     |  |
| <b>07 - CONTRATAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                      |                                                        |                                                                                                      |  |
| A assistência odontológica contratada será disponibilizada de acordo com a opção escolhida:                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                      |                                                        |                                                                                                      |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>X</b> <b>Plano Premium F1 com fracionamento, cobrindo 100% das despesas odontológicas</b>                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                      |                                                        |                                                                                                      |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Plano F1 Premium, sem fracionamento, preço R\$ _____ por beneficiário (contratação independente de verificação do plano de saúde)</b>                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                      |                                                        |                                                                                                      |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Plano Top Premium LE, sem fracionamento, preço R\$ _____ por beneficiário (opção de contratação independente de verificação do plano de saúde)</b>                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                      |                                                        |                                                                                                      |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Plano Premium Plus (H) 12, sem fracionamento, preço R\$ _____ por beneficiário (opção de contratação independente de verificação do plano de saúde)</b>                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                      |                                                        |                                                                                                      |  |

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

[illegible]

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

[illegible]

Cópia da proposta assinada

2019-03-30



Válido a partir de: 12/11/2018

**CONDIÇÃO PROMOCIONAL - PME (02 A 99 VIDAS) - VERSÃO 25**

**01- CONDIÇÃO PROMOCIONAL DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA (02 A 29 VIDAS)**

Esta proposta estabelece uma condição promocional para o momento da contratação e consiste na redução dos preços da exploração prevista na condição geral de presente contrato, que será aplicada desde que, os pré-requisitos estabelecidos a seguir tenham sido cumpridos pelo Beneficiário/Contratante. A condição promocional, se concedida, será aplicada somente aos beneficiários informados no momento da contratação.

| PRAZOS DE CARÊNCIAS PME |                                                                                                                                                                                                                         | CARÊNCIAS PROMOCIONAIS* |                             |                              |          |          |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------|----------|
|                         |                                                                                                                                                                                                                         | CONTÍNUO                | PROMOCIONAL<br>2 A 10 VIDAS | PROMOCIONAL<br>11 A 29 VIDAS | RED. 1   | RED. 2   |
| UBS/US                  | DESCRIÇÃO DO SERVIÇO                                                                                                                                                                                                    | PRAZO                   |                             |                              |          |          |
| 1                       | Urgência ou Emergência                                                                                                                                                                                                  | 24 HORAS                | 24 HORAS                    | 24 HORAS                     | 24 HORAS | 24 HORAS |
| 2                       | Consultas Médicas - Rede Própria                                                                                                                                                                                        | 30 DIAS                 | 24 HORAS                    | 24 HORAS                     | 24 HORAS | 24 HORAS |
| 3                       | Consultas Médicas - Rede Oportuna                                                                                                                                                                                       | 30 DIAS                 | 30 DIAS                     | 24 HORAS                     | 10 DIAS  | 24 HORAS |
| 4 e 5                   | Exames Simples - Rede Própria e Oportuna                                                                                                                                                                                | 30 DIAS                 | 30 DIAS                     | 24 HORAS                     | 10 DIAS  | 24 HORAS |
| 6 e 7                   | Exames Simples e cirurgias de nível ambulatorial - Rede Própria e Oportuna                                                                                                                                              | 180 DIAS                | 60 DIAS                     | 24 HORAS                     | 30 DIAS  | 24 HORAS |
| 8 e 9                   | Exames Especiais, Testes Especiais, Intervenções Clínicas e Cirurgias e demais procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 - Rede Própria e Oportuna                                                                        | 180 DIAS                | 180 DIAS                    | 24 HORAS                     | 60 DIAS  | 24 HORAS |
| 10                      | Transplantes, orgãos, Testes Imunológicos, Próteses e próteses ligadas ao ato cirúrgico e de alta complexidade cirúrgica, Intervenções neurológicas, doenças hereditárias, cirurgias robóticas e obstetrícia oncológica | 180 DIAS                | 180 DIAS                    | 30 DIAS                      | 180 DIAS | 100 DIAS |
| 11                      | Plano e Tempo na Rede Própria                                                                                                                                                                                           | 90 DIAS                 | 90 DIAS                     | 24 HORAS                     | 180 DIAS | 180 DIAS |
| 12                      | Plano e Tempo na Rede Oportuna                                                                                                                                                                                          |                         |                             | 30 DIAS                      |          |          |
| 13                      | Cirurgia Plástica Reconstructiva                                                                                                                                                                                        |                         |                             | 30 DIAS                      |          |          |
| 14                      | Ótimo Urgência e Emergência, Diagnóstico, Intervenções Clínicas, Exatidão Simple                                                                                                                                        |                         |                             | 24 HORAS                     |          |          |
| 15                      | Ótimo Radiológico, Preservação em Saúde Bucal, Dentária, Cirurgia Periodontia, Endodontia                                                                                                                               |                         |                             | 30 DIAS                      |          |          |

**CRITÉRIOS** Paciente 2 a 10 vidas -> A) - Carência máxima para contratos de 2 a 10 vidas sem plano anterior.

Paciente 11 a 29 vidas -> B) - Carência máxima para contratos de 11 a 29 vidas sem plano anterior.

**Redução 1**

- SMART 350 - De 07 meses a 12 meses de permanência em outra Operadora - Considera para plano anterior as condições com registro na ANS e plano regulamentado.
- A PARTIR DE SMART 350 a De 10 meses a 12 meses de permanência em outra Operadora - A) Linha Avanço e Premium para plano regulado e participante da data de operação atual; B) Linha Smart para plano anterior de operações com registro na ANS e plano regulamentado.

**Redução 2**

Scania de 12 meses de permanência - Linha Smart, Avanço e Premium - Para plano regulado e participante da data de operação atual. Não havendo conformidade será aplicada a redução 1. Para empresas MEI haverá redução de carência apenas para a Redução 1. O mês de início para redução de carência corresponde a data de assinatura. Aplica-se tanto de plano regulado, sem aplicação contratual.

**OPERADORAS PARTICIPANTES:**

Alvar, Amil, Amil Médica, Lixa, One Health, Sabam e Santa Helena, Bradesco, Cabene, Care Plus, Gordon Cross, Sampa (Marília), Medisorcos, Dinet, Porto Seguro, Sulamerica, Tempo, NotreDame Seguros, Unimed e outros grupos para serem contratadas pelas Intersseguros.

Se condição promocional, se concedida, será aplicada somente aos beneficiários que ingressam no momento da contratação.

Nota: Participação de carência para grupos de vidas das operadoras participantes, haverá possibilidade de um grupo de 1 ou mais de planos. Excluído os idosos.

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

27/03/2019 roundcube (1659x2334)



NotreDame  
Intermédica

## 2 - DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA

**A - Beneficiários cobertos de Plano Pessoa Física:**

- cópia do contrato celebrado com Seguradora (Genética Genética) da pessoa do titular da identificação da seguradora, desde que contenha a data de início da vigência;
- cópia das últimas três notas com comprovante de pagamento com a Seguradora (Genética Genética) referente ao período de vigência do contrato original, até a data de emissão da proposta;

**B - Beneficiários cobertos de Plano Empresarial/Voluntário:**

- cópia original da empresa em que trabalha (ou a Administração do caso de Plano de Saúde), com o período de permanência, plano e abrangência do regime de trabalho;
- cópia original da Seguradora (Genética Genética), com o período de permanência, plano e abrangência do;
- cópia do contrato de subscrição do contrato, desde que contenha a data de início da vigência;

### ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

A entrega da documentação deverá ocorrer, obrigatoriamente, no momento da contratação do plano(s) da NotreDame Intermédica e encaminhada junto com a Proposta de Contratação Coletiva Empresarial - PME.

A NotreDame Intermédica reserva-se o direito de analisar a documentação encaminhada e, caso não sejam cumpridos as condições estabelecidas, os prazos de carência não serão reduzidos, permanecendo os prazos dos contratos contratados.

### 10 - DECLARAÇÃO

O Contratante declara estar ciente de que a proposta de redução de carência é uma condição promocional para o momento da contratação, e será aplicada somente mediante apresentação dos documentos no item 2.

14 de Mar de 2019

Assinatura do Representante Legal

2019 2019 2019 2019

webmail.sintago.com.br/roundcube/?task=msg&frame=1&inbox=INBOX&uid=7655&part=2&action=get&extwin=1

1/1

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

**CARTA DE ORIENTAÇÃO 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 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) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema 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 o Agravio, 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.

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

27/03/2019

roundcube (1681x2384)

**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 pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a 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!

\* 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](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.  
Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.

Beneficiário

São Paulo, 14 / 03 / 19  
Local Data  
Nome: ANDRESSA GONCALVES DA SILVA  
CPF: 398.807.818-21  
Assinatura: [Assinatura]  
Nome legível, assinatura e CPF

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

São Paulo, 14 / 03 / 19  
Local Data  
Nome: ANGELICA PERAL SECCO  
CPF: 396.604.598-23  
Assinatura: [Assinatura]  
Nome legível, assinatura e CPF

ANS nº 399011

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

27/03/2016

standcube (1654x2339)

[illegible]

27/03/2019

mundcube (1654+2329)

[illegible]

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

**CARTA DE ORIENTAÇÃO 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 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 sofrer 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) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema 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 o Agravio, 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.

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

27/03/2019

roundcube (1681\*2384)

**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 pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a 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!

\* 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](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.  
Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-761-9656 ou consulte a página da ANS - [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.

Beneficiário

São Paulo, 14 / 03 / 19  
Local Data  
Nome: FABIANA SORIANO PASSIANI  
CPF: 160.372.728-08  
Assinatura: [Assinatura]  
Nome legível, assinatura e CPF

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

São Paulo, 14 / 03 / 19  
Local Data  
Nome: ANGELICA PERAL SECCO  
CPF: 395.604.598-23  
Assinatura: [Assinatura]  
Nome legível, assinatura e CPF

ANS nº 339517

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

27/03/2019

roundcube (1654x2339)

[illegible]

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

27/03/2019

roundcube (1654x2329)

[illegible]

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

27/01/2019

roundcube (1654x2338)

[illegible]

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

[illegible]

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

27/03/2019

roundcube (1711x2401)

NotreDame  
Intermédica

Interodonto

**CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO**

Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades dos operadores 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 seja ser portador ou sofrer 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) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identifique 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 isso ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravio, 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 haverá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

27/03/2019

roundcube (1681x2304)

**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 pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a 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!

\* 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](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.  
Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.

Beneficiário:

São Paulo 14 / 03 / 19  
Local Data  
Nome: GRACE KELLY DE JESUS FERREIRA  
CPF: 354.762.838-29  
Assinatura: Grace Kelly de Jesus Ferreira  
Nome legível, assinatura e CPF

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

São Paulo 14 / 03 / 19  
Local Data  
Nome: ANGELICA PERAL SECCO  
CPF: 396.604.508-23  
Assinatura: Angelica Peral Secco  
Nome legível, assinatura e CPF

ANS nº 359917

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

27/03/2019

roundcube (1654=233%)

[illegible]

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

[illegible]

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

**CARTA DE ORIENTAÇÃO 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 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) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema 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 o Agravio, 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.º) 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.

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

27/03/2019

roundcube (1681+2384)

**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 pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a 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!

\* 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](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.

Beneficiário

São Paulo , 14 / 03 / 19  
Local Data  
Nome: WEVERTON SANCHES MENDES  
CPF: 318.243.278-89  
Assinatura: Weverton Sanches Mendes  
Nome legível, assinatura e CPF

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

São Paulo , 14 / 03 / 19  
Local Data  
Nome: ANGELICA PERAL SECDO  
CPF: 396.604.598-23  
Assinatura: Angélica P. Secdo  
Nome legível, assinatura e CPF

ANS nº 358017

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

[illegible]

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

[illegible]

Cópia da proposta assinada

2019-03-30

