

### 1 - Dados da Operadora

Operadora UNITY SERVIÇOS INTEGRADOS DE SAÚDE LTDA.	CNPJ 46.426.569/0001-14	Registro ANS 423335
-------------------------------------------------------	----------------------------	------------------------

### 2 - Dados do(a) Contratante

Nome/Razão social		
CNPJ	Nº do contrato	Modalidade do Contrato Coletivo Empresarial

### 3 - Dados do plano

Nome do plano	Abrangência <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Grupo de Municípios <input type="checkbox"/> Municipal	
Segmentação Assistencial <input type="checkbox"/> Ambulatorial <input type="checkbox"/> Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	Acomodação <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Não possui	Fator Moderador <input type="checkbox"/> Não possui <input type="checkbox"/> Coparticipação

### 4 - Tipo de movimentação cadastral

Preencher somente o quadro correspondente a esta movimentação <input type="checkbox"/> Nova inclusão <input type="checkbox"/> Inclusão de dependente	<b>Início de Vigência do plano</b> ____/____/____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

### 5 - Proponente Titular (obrigatório o preenchimento em toda movimentação)

Nome completo		CPF	
Nome social completo**			
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Outros		RG	Data de emissão
Órgão de Emissão		UF	
Data de nascimento	Idade	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nome completo da mãe
Nome do responsável legal (quando menor de 18 anos)		CPF do responsável	
Endereço Residencial (logradouro - nº - complemento)		CEP	
Bairro		Cidade	UF
Telefone Celular*	E-mail*		
Telefone Residencial*	ARC	Nº do Cartão Nacional de Saúde	
Vínculo empregatício <input type="checkbox"/> Funcionário <input type="checkbox"/> Sócio <input type="checkbox"/> Estagiário <input type="checkbox"/> Jovem Aprendiz			

### 6- Dependente(s)

1	Nome completo		Nº do Cartão Nacional de Saúde		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	Nome social completo**					
	CPF	Data de nascimento	Idade	RG	Órgão emissor	Grau de parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outros
	Nome completo da mãe*					ARC

2	Nome completo				Nº do Cartão Nacional de Saúde		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	Nome social completo**							
	CPF	Data de nascimento	Idade	RG	Órgão emissor	Grau de parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outros		
Nome completo da mãe							ARC	
3	Nome completo				Nº do Cartão Nacional de Saúde		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	Nome social completo**							
	CPF	Data de nascimento	Idade	RG	Órgão emissor	Grau de parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outros		
Nome completo da mãe							ARC	
4	Nome completo				Nº do Cartão Nacional de Saúde		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	Nome social completo**							
	CPF	Data de nascimento	Idade	RG	Órgão emissor	Grau de parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outros		
Nome completo da mãe							ARC	

Legenda: \*\*Preenchimento quando aplicável.

## 7 – Declarações e ciência

### Declaro que, tomei conhecimento:

- que este formulário será aceito mediante correto preenchimento de todos os campos juntamente com as cópias dos documentos previstos contratualmente e no Anexo I deste formulário;
- do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), editado pela ANS, bem, li e compreendi o seu inteiro teor;
- que o Guia de Leitura Contratual (GLC), editado pela ANS, será disponibilizado com o cartão de identificação do beneficiário titular (físico ou digital);
- que a Operadora disponibiliza o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PINN-SS) no site: [www.unitysaude.com.br](http://www.unitysaude.com.br) com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano;
- que a Operadora realizará o tratamento dos dados pessoais em conformidade com a Lei nº 13.9709/2018 ( Lei Geral de Proteção de Dados), inclusive quando aplicável para fins de compartilhamento com prestadores de serviços parceiros, tudo conforme a Política de Privacidade disponível eletronicamente no site: [www.unitysaude.com.br](http://www.unitysaude.com.br)
- na qualidade de titular do plano, possuo as autorizações necessárias para informar os dados pessoais dos beneficiários dependentes;
- na qualidade de titular e responsável legal de menores de 18 anos ou incapazes, declaro que possuo as autorizações necessárias para realizar o preenchimento das informações acima, tenho ciência que a CONTRATADA realizará o tratamento dos respectivos dados pessoais, inclusive dados pessoais sensíveis, sempre em respeito ao melhor interesse dos mesmos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e do Estatuto da Criança e Adolescente.
- Declaro, por fim, ter conhecimento de que poderei receber notificações da Operadora, inclusive decorrentes de inadimplência, por meio de correio eletrônico (e-mail), aplicativos que permitam a troca de mensagens criptografadas e a confirmação de recebimento e leitura pelo destinatário (como WhatsApp, Messenger ou outro do tipo), ligações gravadas, SMS ou qualquer outro meio que venha a ser admitido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e/ou pela lei.

Local e Data

Assinatura do proponente titular ou responsável  
(quando menor de 18 anos)

## 8 – Da vigência da contratualização

A data de assinatura do presente documento não interfere no início da vigência da contratualização a qual ocorrerá a partir da data definida no item início de vigência do plano.

## 9 – Mecanismos de Regulação

Cartão de Identificação do Beneficiário

O cartão de Identificação poderá ser imitado por meio digital.

Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente contrato, o beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional credenciado pela Operadora o cartão de identificação em meio físico ou digital e documento de identificação com foto (nos termos da legislação que regulamenta o Cadastro Nacional de Registro de Identificação Civil) ou, inexistindo tal documento, outro que seja similar, exceto em casos de urgência e/ou emergência previstos na legislação.

Em caso de extravio do cartão, o beneficiário deverá comunicar o fato imediatamente à Operadora/Administradora de Benefícios para obter uma 2ª via que será cobrada. A responsabilidade do beneficiário cessa a partir da comunicação do extraviado cartão de identificação.

## 10 - Condições de Atendimento

Deverá ser requerida à Operadora a emissão de autorização prévia para realização dos atendimentos garantidos por este Contrato, à exceção de consultas e atendimentos de urgência ou emergência, em que o Beneficiário poderá dirigir-se diretamente ao prestador constante do Guia de Rede.

Para autorização de cada procedimento coberto a Operadora exigirá a apresentação de documentação específica. A relação dos documentos exigidos pela Operadora para autorização de cada procedimento pode ser obtida em suas centrais de atendimento.

A cobertura dos procedimentos ambulatoriais e/ou hospitalares somente será garantida quando apresentada toda a documentação exigida, tais como: descrição dos exames e especificação de acordo com o CID, relatório médico detalhando a evolução e data de início da patologia, etc, salvo em casos de urgência e emergência.

É facultado a Operadora requisitar ao beneficiário ou ao médico assistente documentações, informações adicionais e/ou perícia médica / 2ª opinião médica, ficando o beneficiário obrigado a apresentar as informações solicitadas e a comparecer na perícia / 2ª opinião da Operadora.

Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, a Operadora deverá contatar o profissional requisitante informando da instauração da junta médica e indicando os nomes para escolha do médico desempatador. Nos termos da regulamentação, o profissional requisitante deverá responder a indicação da Operadora no prazo de 48 (quarenta e oito) horas. Na ausência de resposta no prazo, considera-se aceito o médico desempatador indicado/escolhido pela Operadora.

Nos casos de urgência ou emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos que deveriam ser apresentados para a autorização prévia mencionados, sob pena da Operadora não se responsabilizar por quaisquer despesas.

A Operadora não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com o prestador do atendimento, correndo tais despesas por conta exclusiva do Beneficiário.

É facultado à Operadora direcionar a realização de consultas, exames, internações e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.

## 11 - Reembolso

A Operadora assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos casos

exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela Operadora.

O sistema de livre escolha de prestadores em que o consumidor tem a liberdade de escolha dos profissionais ou dosserviços que não pertencem a rede de prestadores de serviços da Operadora, sendo assegurado o direito a reembolsoem tabela específica, não esta contemplado no presente benefício. Sendo assim, o beneficiário não tem direito a qualquer reembolso em caso de livre escolha de prestadores não integrante a rede da Operadora.

## 12 – Da Privacidade e Proteção de Dados Pessoais

O objeto previsto nesta cláusula é regular as condições relacionadas ao cumprimento da Lei 13.709/18, a chamada Lei Geral de Proteção de Dados -LGPD. Portanto, toda atividade de tratamento realizada pela Contratada em conexão com este Contrato seguirá os termos previstos pela legislação aplicável, incluindo sem limitações, todas as provisões relativas a confidencialidade, remediação, retenção e registros de tratamento de dados.

Para fins do presente contrato, aplicam-se as seguintes definições: **a)** dado pessoal é toda informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável; **b)** dado pessoal sensível é todo dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural; **c)** titular de dados é o proprietário dos dados, pessoa natural a quem se refere os dados pessoais que são objeto de tratamento Contratante); **d)** tratamento de dados é toda operação realizada com dados pessoais; **e)** agentes de tratamento é quem determina a finalidade (controlador) ou realiza (operador) o tratamento dos dados; **f)** eliminação é a exclusão do dado ou conjunto de dados armazenados em banco de dados.

Na contratação dos serviços e produtos oferecidos pela Contratada, para elaboração e execução do presente instrumento, são coletados dados pessoais e dados pessoais sensíveis, conforme cláusula 1.1 e cláusula 1.2, tanto na adesão quanto na atualização dos dados, por meio dos canais de atendimento ou ainda para dar andamento a uma solicitação do titular e/ou terceiros previamente autorizados pelo titular, este está ciente do tratamento de dados coletados e especificados por meio deste contrato.

A Contratada realizará o tratamento dos dados para os seguintes fins: **a)** execução das atividades contratuais relacionadas aos produtos e/ou serviços adquiridos; **b)** cumprimento de obrigações legais e regulatórias; **c)** concessão de benefícios; **d)** venda e revenda de produtos e/ou serviços; **e)** exercer o direito de defesa em processo administrativo, judicial ou arbitral, incluindo a resposta a reclamações na Ouvidoria da Contratada, Procons e demais órgãos fiscalizadores; **f)** realização de processos de proteção e prevenção à fraude e outros riscos jurídicos ou de segurança da informação; **g)** execução de atividades de relacionamento e atendimento ao cliente; **h)** processar o faturamento e gerar mensalidades do serviço contratado; **i)** realizar movimentação cadastral, inclusões, alterações e atualizações com parceiros.

A Contratada poderá compartilhar os dados pessoais, para execução de atividades contratuais, de modo transparente e alinhado às diretrizes contidas em suas políticas de segurança e privacidade, com a parceira de prestação de serviço assistencial a Unity Saúde, entidades de proteção ao crédito para prevenção de fraudes e também por ordem judicial e/ou determinação legal ou regulatória, sendo que para todos estes casos mencionados não será necessário o consentimento do usuário.

O Contratante possui o direito de obter da Contratada, a qualquer momento, mediante requisição formal, informações referentes aos seus dados. Os pedidos serão analisados conforme previsto em legislação vigente e, por questões legais, algumas solicitações podem não ser atendidas.

Os titulares dos dados, segundo o texto da LGPD, podem exercer os seus direitos por meio de: **a)** confirmação da existência de tratamento; **b)** acesso aos dados; **c)** correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; **d)** anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade; **e)** portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional, observados os segredos comercial e industrial; **f)** eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular; **g)** informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados; **h)** informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa; **i)** revogação do consentimento, quando este é obtido.

Para assegurar a qualidade dos dados o Contratante deverá partilhar informações verdadeiras com a Contratada, bem como proteger a confidencialidade de logins e senhas disponibilizados para acesso aos serviços e produtos contratados, inclusive para prevenir o uso não autorizado, não devendo compartilhá-los com terceiros.

Os dados coletados em razão da condição de beneficiário, permanecerão armazenados e tratados pela Contratada, estando à disposição de seus titulares, para serem consultados a qualquer momento, inclusive para serem eliminados de nosso banco de dados, se assim for solicitado.

A solicitação de eliminação de dados importará na imediata rescisão do contrato de prestação de serviços relativa ao plano de saúde.

Alcançada a finalidade para o tratamento dos dados, estes serão eliminados ou preservados e submetidos ao procedimento de anonimização ou pseudonimização para cumprimento de obrigação legal ou regulatória, com objetivo do exercício do direito de defesa em processo judicial, administrativo ou arbitral, ou ainda, para o uso exclusivo da Operadora no âmbito e nos limites técnicos de suas atividades, conforme art.16 da lei 13.709/18. Para proteção dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis da Contratada, a Contratante adota as mais adequadas práticas e medidas para que estes não sejam acessados indevidamente ou, de alguma forma, violados e vazados, evitando incidentes de segurança da informação. Dentre os diversos procedimentos adotados, destacamos: **a)** controles de acesso às informações armazenadas, delimitando as permissões e os privilégios de acesso de acordo com as responsabilidades envolvidas; **b)** medidas técnicas de segurança adequadas para garantir a confidencialidade, integridade e inviolabilidade dos dados, tais como antivírus, firewall, proteção de rede e outras medidas técnicas minimamente compatíveis com as referências de boas práticas de mercado; **c)** o estabelecimento de mecanismos de autenticação de acesso aos dados; **d)** medidas de segurança apropriadas aos riscos, por exemplo: contra destruição acidental ou ilegal de dados, alteração, divulgação ou acessos não autorizados; **e)** adoção de boas práticas ao tratamento de dados, observando o princípio da necessidade; **f)** a anonimização dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis, em casos específicos de consulta e análise de dados.

Os dados pessoais coletados são tratados e armazenados em local seguro, visando sempre a segurança e proteção dos dados, melhorias nos processos e na entrega dos produtos e serviços.

### **13 – Assinatura eletrônica**

No caso deste documento ser assinado eletronicamente, as Partes reconhecem que suas declarações de vontade, confirmadas mediante assinatura digital, presumem-se verdadeiras em relação aos signatários quando é utilizado o processo de certificação disponibilizado pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira – ICP-Brasil ou outro meio de comprovação da autoria e integridade do documento em forma eletrônica, desde que admitido como válido pelas Partes ou aceito pela pessoa a quem for oposto o documento, conforme admitido pelo art. 10 e seus parágrafos da Medida Provisória nº 2.200, de 24 de agosto de 2001, em vigor no Brasil, reconhecendo essa forma de contratação em meio eletrônico, digital e informático como válida e plenamente eficaz, constituindo título executivo extrajudicial para todos os fins de direito. Na forma acima prevista, este documento e eventuais anexos podem ser assinados digitalmente por meio eletrônico conforme disposto nesta cláusula.

Local e data: BSB, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

**Assinatura do titular**

---

**Assinatura da empresa contratante**

Nome completo do beneficiário titular	CPF
Nome da pessoa jurídica contratante	CNPJ



## ANEXO CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula a 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 Agravado, 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.

**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**

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

**Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário**

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- a) No preenchimento desta declaração, o(a) Sr(a) tem a opção de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, sendo o ônus financeiro de sua responsabilidade.
- b) A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, ou seja, aquelas de que o(a) Sr(a) tenha conhecimento ou que tenha diagnóstico confirmado no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou do dependente que está representando.
- c) Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecido a Cobertura Parcial Temporária (CPT) - aquela que admite a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde
- d) Agravo é definido pela ANS como qualquer acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano de 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 com a operadora. **Esta operadora se reserva ao direito de não oferecer o Agravo como opção a CPT, conforme faculta o artigo 6º, parágrafo 1º da Resolução Normativa nº 588.**
- e) A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o(a) Sr(a) saiba ser portador(a) no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Neste caso, o(a) Sr(a) será 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 operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada. Nenhuma cobertura poderá ser negada para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora comprove perante ANS a omissão do(a) Sr.(a) no ato do preenchimento da declaração.
- f) O preenchimento deverá ser realizado pelo próprio beneficiário, salvo quando se tratar de menor de idade ou incapaz, devidamente comprovado, quando o representante legal do mesmo deve assinar este documento. Atenção, nem sempre o representante legal é o próprio titular do plano, e aqui a assinatura do representante legal é a requerida.

<b>Titular</b>	ARC	Nome Completo
Dependente 1	ARC	Nome Completo
Dependente 2	ARC	Nome Completo
Dependente 3	ARC	Nome Completo
Dependente 4	ARC	Nome Completo
<b>Deve ser preenchido pelo Proponente Titular ou Representante Legal</b>		
<b>ITEM</b>	<b>PERGUNTAS</b>	Assinale com "S" (Sim) ou "N" (Não)
		Tit. Dependentes
		1 2 3 4
1	É portador de diabetes? Se sim, informe no quadro ao final deste questionário a data de diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento e as complicações a elas associadas.	
2	É portador de alguma doença endócrina, tal como hipotireoidismo, tireoidite, obesidade e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.	

3	É portador de câncer? Se sim, informe a data de diagnóstico, o órgão afetado, o tratamento realizado, o período de tratamento e as manifestações da doença em outros órgão(metástase).						
4	É portador de doenças sexualmente transmissíveis ou outras doenças infecto-contagiosas, tal como HIV, doenças venéreas, hepatite, meningites, tuberculose e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
5	Submete-se a algum tipo de tratamento à base de quimioterapia, radioterapia, diálise ou litotripsia? Se sim, informe o tipo de tratamento e o tipo de patologia.						
6	É portador de hérnia, tal como inguinal uni/bilateral, umbilical, incisional e outras? Se sim, informe a data da cirurgia.						
7	É portador de alguma doença cardiovascular, tal como angina, infarto do miocárdio, cardiopatia e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado, o período de tratamento e data da cirurgia.						
8	É portador de hipertensão arterial(pressão alta)? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
9	É portador de alguma doença do aparelho respiratório, tal como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite, enfisema e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
10	É portador de alguma doença do ouvido, nariz ou garganta, tal como sinusite, desvio de septo amigdalite, otite e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e período de tratamento.						
11	É portador de alguma doença gastroenterológica, tal como úlcera, cirrose hepática, pancreatite, doença inflamatória intestinal e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período do tratamento.						
12	É portador de alguma doença ortopédica, tal como escoliose, cifose, artrose e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
13	É portador de hérnia de disco cervical, lombar ou dorsal? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
14	É portador de alguma doença reumática, tal como artrite, lúpus, osteomielite e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
15	É portador de alguma doença neurológica, tal como acidente vascular, cerebral(derrame), doença de Parkinson, epilepsia, paralisia cerebral, doença de Alzheimer, esclerose múltipla e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
16	É portador de doença psiquiátrica, tal como depressão, esquizofrenia, demência, alcoolismo, dependência de drogas e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado (psicoterápico) e o período de tratamento.						
17	É portador de alguma doença de sangue tal como anemia, leucemia, linfoma, doença de Hodgkin, mieloma múltiplo e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
18	Submete-se a alguma transfusão de sangue ou de seus derivados? Se sim, informe a data de transfusão e o motivo.						
19	É portador de doença oftalmológica, tal como catarata, miopia, glaucoma, estrabismo, astigmatismo, hipermetropia e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento, as doenças associadas as manifestações oftalmológicas, o uso de óculos, lentes de contato e o grau de correção necessária.						
20	É portador de alguma doença ginecológica, tal como mioma uterino, cisto de ovário, nódulo de mama, prolapso genital e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
21	É portador de alguma doença urológica ou renal, tal como cálculo renal, insuficiência renal, doença de próstata, varicocele e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
22	É portador de alguma doença ou deformidade congênita ou hereditária? Se sim, informe qual.						
23	É portador de varizes? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
24	É portador de alguma sequela provocada por alguma doença ou acidente? Se sim, informe a data do acidente/doença e o tipo de sequela.						
25	É portador de prótese e/ou órtese, tal como marca-passo, prótese ortopédica, válvula cardíaca, stent? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.						
26	É transplantado ou tem indicação de submeter-se a algum tipo de transplante? Se sim, informe a data do transplante ou a data de indicação do transplante e o tipo de transplante.						
27	Esta grávida? Se sim, informar o tempo da gravidez.						

28	É portador de qualquer outra deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
29	É portador de alguma doença não relacionada nas perguntas anteriores? Se sim, informe o tipo e a data do tratamento realizado.					
30	Tem indicação para submeter-se a algum tratamento clínico? Se sim, informe-o especificamente.					
31	Tem indicação para submeter-se proximo a algum tratamento cirúrgico? Se sim, informe-o especificamente.					
Informe:	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	
Peso						
Altura						

### Entrevista Qualificada

- 1.** Declaro que fui orientado por médico referenciado da Unity Saúde no preenchimento da Declaração de Saúde.
- 2.** Declaro que fui orientado pelo meu médico particular, não referenciado da Unity Saúde, no preenchimento da Declaração de Saúde.
- 3.** Declaro que foram oferecidas as opções 1 e 2 acima especificadas e que, tendo o conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, deixei de fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nessa Declaração.

Caso o titular e/ou seu(s) dependente(s) apresente(m) alguma das situações descritas no quadro anterior especifique a razão da mesma (informe datas, tratamentos, situação atual e tudo o mais que considerar importante para avaliação médica).

ITEM	CÓD. TIT / DEP	DATA / EVENTO - DESCRIÇÃO / ESCLARECIMENTO	USO DA OPERADORA

Eu, proponente titular, declaro que:

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 fatos e/ou o preenchimento incorreto desta declaração poderá acarretar as consequências previstas na legislação, desde a rescisão contratual e a responsabilidade integral do beneficiário por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de Cobertura Parcial Temporária (CPT), caso venha a ser comprovada junto à ANS.

Na qualidade de responsável pelo menor de idade (criança ou adolescente) ou incapaz, declaro que possuo as autorizações necessárias para realizar o preenchimento das informações listadas neste instrumento e que tenho ciência de que a CONTRATADA realizará o tratamento dos respectivos dados pessoais destes, inclusive dados pessoais sensíveis, sempre em respeito ao melhor interesse dos mesmos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, além do Estatuto da Criança e Adolescente.

Local e Data

Assinatura do proponente titular ou responsável (menor de 18 anos)

## Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

### Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos, é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário, antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

### Aspectos a serem observados na contratação ou no ingresso em um plano de saúde

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até para demais procedimentos.	<b>Coletivo Empresarial</b>	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		<b>Coletivo por Adesão</b>	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato, será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.

<b>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA(CPT)</b>	Sendo constatado, no ato da contratação, que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá, nesse momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT), que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente às DLPs declaradas. Como alternativa à CPT, é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados à DLP não declarada pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RNNº 162/2007.		Coletivo Empresarial	
	Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou de Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.		
	Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou de Agravado.		
	Coletivo por Adesão		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou de Agravado, independente do número de participantes.	
<b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar, no contrato, quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) Como é o acesso aos serviços de saúde no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidos se houver previsão no contrato.			
<b>REAJUSTE</b>	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica, que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária e o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.	Os planos coletivos <b>não</b> precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora, obrigatoriamente, comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste, a qual não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, essa faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária e o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo à RN nº 63/2003.		
<b>ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO</b>	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Essa comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.]			
<b>VIGÊNCIA</b>	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é de 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.		
<b>REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO</b>	Nos planos individuais ou familiares, a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos, as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender a assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.		

### Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos, os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênera, órgão público ou empresa.

## Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência nesse plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses, no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor. Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

## Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto terão o direito de vincular-se a um plano da mesma operadora, com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Esse direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

## Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu, como referência, o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermária. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

## Abrangência geográfica

Aponta, para o beneficiário, a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

## Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a essas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

## Administradora de Benefícios

Quando houver a participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes, para fins de carência ou CPT, considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência, considerar-se-á, como data de celebração do contrato coletivo, a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

*Para informar-se sobre esses e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).*

*ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.*

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 557/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)  
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040  
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)  
ouvidoria@ans.gov.br