

ENTIDADE:		INÍCIO DA VIGÊNCIA: / /		OPERADORA: <b>BOA SAUDE</b>
VIGÊNCIA:	<input type="checkbox"/> Dia <b>05</b> (cinco) do primeiro mês subsequente	<input type="checkbox"/> Dia <b>15</b> (quinze) do primeiro mês subsequente	<input type="checkbox"/> Dia <b>25</b> (vinte e cinco) do primeiro mês subsequente	
VENCIMENTO:	Dia <b>05</b> (cinco) de cada mês	Dia <b>15</b> (quinze) de cada mês	Dia <b>25</b> (vinte e cinco) de cada mês	

DADOS DO TITULAR				
NOME COMPLETO			CPF TITULAR	
NOME COMPLETO DA MÃE				
DATA NASCIMENTO	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> OUTROS	
RG	ORGÃO EXPEDIDOR	CARTÃO DO SUS	Nº DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO	
RESPONSÁVEL FINANCEIRO			CPF RESPONSÁVEL FINANCEIRO	
ENDEREÇO			NÚMERO	COMPLEMENTO
CEP	BAIRRO	CIDADE	UF	
EMAIL		TELEFONE CELULAR	TELEFONE FIXO	

DADOS DOS DEPENDENTES					
<b>DEPENDENTE 1</b>	NOME COMPLETO			CPF	
	NOME COMPLETO DA MÃE				
	DATA NASCIMENTO	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> OUTROS	
	RG	ORGÃO EXPEDIDOR	CARTÃO DO SUS	Nº DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO	
<b>DEPENDENTE 2</b>	NOME COMPLETO			CPF	
	NOME COMPLETO DA MÃE				
	DATA NASCIMENTO	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> OUTROS	
	RG	ORGÃO EXPEDIDOR	CARTÃO DO SUS	Nº DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO	
<b>DEPENDENTE 3</b>	NOME COMPLETO			CPF	
	NOME COMPLETO DA MÃE				
	DATA NASCIMENTO	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> OUTROS	
	RG	ORGÃO EXPEDIDOR	CARTÃO DO SUS	Nº DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO	
<b>DEPENDENTE 4</b>	NOME COMPLETO			CPF	
	NOME COMPLETO DA MÃE				
	DATA NASCIMENTO	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> OUTROS	
	RG	ORGÃO EXPEDIDOR	CARTÃO DO SUS	Nº DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO	
<b>DEPENDENTE 5</b>	NOME COMPLETO			CPF	
	NOME COMPLETO DA MÃE				
	DATA NASCIMENTO	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> OUTROS	
	RG	ORGÃO EXPEDIDOR	CARTÃO DO SUS	Nº DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO	

DADOS DO VENDEDOR		
NOME CORRETORA		NOME VENDEDOR
CPF VENDEDOR	E-MAIL VENDEDOR	TELEFONE VENDEDOR

## **RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE.**

**Do tipo de contratação:** trata-se de contrato de plano coletivo por adesão, celebrado entre VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA, inscrita no CNPJ/ 12.091.127/0001-42, registrada na ANS sob o nº 41758-1, na condição de estipulante, adiante designada simplesmente VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, e a OPERADORA indicada no campo “OPERADORA” da Proposta de Adesão na condição de contratada, adiante designada simplesmente OPERADORA para fins de cobertura de despesas ambulatoriais, hospitalares com obstetrícia e odontologia opcional.

**Da elegibilidade:** mantenho vínculo com a entidade indicada na página 1 desta proposta, a documentação comprobatória deste vínculo será entregue ao angariador no ato da assinatura, podendo esta proposta ser recusada em razão da falta da elegibilidade. Sou o único responsável pelos documentos e informações fornecidas por mim e por meu(s) dependente(s), sobre todas as circunstâncias que possam intervir na aceitação desta proposta, na manutenção ou no valor mensal dos benefícios, sabendo que omissões ou dados errôneos acarretarão a perda de todos os meus direitos, bem como os do(s) meu(s) dependente(s), decorrentes aos benefícios.

Após a aceitação desta proposta os benefícios terão início na data indicada no campo “Início da Vigência”, na página 1 da presente, e após, tanto eu quanto o(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) seremos denominados “beneficiários”.

**Dos titulares e respectivos dependentes:** o plano é destinado a atender a população que mantém vínculo com a entidade indicada e seu(s) dependente(s), adiante designados beneficiários, conforme estabelecido no contrato ao qual os mesmos se encontram vinculados.

**Da cobertura assistencial:** Declaro que tenho conhecimento que para mim e meus dependentes o plano com cobertura Ambulatorial não cobre internação, serão asseguradas as coberturas ambulatoriais, assim qualificado por englobar apenas os atendimentos realizados em consultórios ou ambulatório, definidos e listados no Rol de procedimentos, inclusive exames, conforme relacionados a seguir:

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina- CFM;
- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- c) Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapia ocupacional e psicológico de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;
- d) Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
- e) Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta conforme indicação do médico assistente;

f) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- Atividades educacionais;
- Consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- Atendimento clínico;
- Sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
- Implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo.

g) Os seguintes procedimentos, considerados especiais:

- Hemodiálise e diálise peritoneal;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- Radioterapia;
- Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- Hemoterapia ambulatorial;
- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

h) Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos terapêuticos para a segmentação ambulatorial;

i) Cobertura de medicamentos antineoplásicos para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II da RN 322, respeitando preferencialmente as seguintes características:

- Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional –DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
- Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

**Da exclusão de cobertura assistencial:** Em conformidade com o que prevê a Lei nº9.656/98, as Resoluções e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias, estão excluídos de cobertura do plano ora compactuado os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não constantes no Rol de Procedimentos e eventos em Saúde para seguimento ambulatorial, editado e atualizado periodicamente pela ANS, vigente à época do evento, bem como os a baixos relacionados:

Internações clínicas e cirúrgicas; diárias de internação hospitalar; parto e cesárea, bem como internações decorrentes do processo gestacional. Tratamento clínico e cirúrgico experimental, assim considerados os que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas ou regularizadas no país ou os considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina- CFM ou os tratamentos cujas indicações não constem na bula registrada na Agencia Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (uso off-label). Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órtese e prótese para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restaurar a função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

Tratamentos em clínicas de emagrecimento, SPA, clínicas de repouso, estancias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internação que não necessitam de cuidados médicos em ambiente hospitalar. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, entendidos como aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA. Fornecimento de medicamentos, equipamentos ou materiais de uso domiciliar, inclusive quimioterápicos, ou seja, aqueles que não necessitam de intervenção ou supervisão direta do profissional de saúde habilitado ou cujo o uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao da unidade de saúde (hospitais, clínicas e ambulatórios). Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, entendidas as próteses como quaisquer dispositivos permanentes ou transitórios que substituam, total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órteses, entendidas como quaisquer dispositivos permanentes ou transitórios, incluindo materiais osteossíntese, que auxiliem funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não queiram a realização de ato cirúrgico. Cirurgias e tratamentos ilícitos, ilegais ou antiéticos, assim definidos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente. Transplantes, autotransplantes e implantes e as despesas deles decorrentes, com exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente a época do evento. Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência. Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas a acidentes, e os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar. Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médico ou hospitais e serviços não pertencente à rede credenciada da operadora contratada, exceto os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, respeitada a área de abrangência. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares. Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar. Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou quaisquer outras despesas decorrentes de serviços prestados por médico ou hospitais e serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura desse contrato. Despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para paciente menor de 18 (dezoito) anos, idosa a partir de 60 (sessenta) anos, mulheres após o parto e portador de necessidades especiais, de acordo com a indicação do médico assistente. Cirurgias para mudança de sexo. Remoção domiciliar. Cirurgias plásticas para fins estéticos de qualquer natureza. Aplicação de vacinas preventivas. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo. Procedimentos, tratamentos e exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade. Medicamentos e procedimentos não prescritos pelo médico assistente, ou não realizados no ambiente ambulatorial ou hospitalar. Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina- CFM. Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências previstas ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato.

**Dos prazos de carência:** período em que não haverá cobertura assistencial. As carências serão cumpridas de acordo com o plano ao qual o beneficiário se encontra vinculado.

**Da rede credenciada:** os atendimentos médicos hospitalares serão realizados na rede própria, credenciada ou referenciada da OPERADORA de acordo com o plano no qual o beneficiário se encontra vinculado. A rede credenciada contratada, definida pelo tipo de plano contratado, deverá ser consultada no site da operadora que optei.

**Doenças e lesões preexistentes:** é aquela em que o beneficiário ou representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde,

de acordo com art. 11 da lei no. 9.965, de 3 de junho de 1998 e inciso IX do art. 4 da lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Se na Declaração de Saúde constar doença ou lesão preexistente será aplicada pela OPERADORA “cobertura parcial temporária” (CPT), a qual admite a suspensão da cobertura para procedimentos cirúrgicos pelo prazo máximo de 24( vinte e quatro) meses, a contar da data de início da vigência da cobertura contratual.

**Demais características:** segmentação de cobertura, padrão de acomodação, mecanismos de regulação, carências, preexistências, acesso a rede própria e credenciada, abrangência geográfica do plano e outras, se encontram definidas no contrato coletivo ao qual o beneficiário se encontra vinculado.

**Dos preços:** os valores das mensalidades seguem as tabelas de vendas regionais de cada produto contratado, ao qual o beneficiário esteja vinculado.

**Dos reajustes:** as mensalidades do plano de saúde serão reajustadas de acordo com o contrato celebrado entre a VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS e a OPERADORA, sendo a periodicidade anual, sempre na data de aniversário do contrato celebrado entre a VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS e a OPERADORA, independente da data de assinatura da Proposta de Adesão, ou mesmo da data de inclusão no grupo de beneficiários vinculados a OPERADORA, mesmo que em prazo inferior a 12 (doze) meses da data de adesão do beneficiário. Além da modalidade de reajuste prevista nesta cláusula devem ser observadas as regras do reajuste por faixa etária, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do beneficiário, exceto se a mensalidade for fixada em preço único.

Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas automaticamente no mês seguinte ao aniversário do beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

O reajuste anual e por faixa etária que o plano poderá sofrer, inclusive no mesmo mês, de acordo com a legislação vigente.

**Da rescisão:** em caso de rescisão contratual entre a VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS junto à OPERADORA, ou da OPERADORA junto à VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS a comunicação ao usuário será realizada com 30 (trinta) dias de antecedência.

## **TERMO DE DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO**

### **Na condição titular/responsável declaro:**

- a) Que por minha livre e espontânea vontade optei por aderir ao contrato coletivo adesão, renunciando neste ato a contratar plano individual diretamente com a OPERADORA.
- b) Saber que a eventual redução ou compra de carência é prerrogativa da OPERADORA, não tendo a VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS nenhuma ingerência quanto a tal deliberação.
- c) Saber que a prestação de serviços de assistência médica é de exclusiva responsabilidade da OPERADORA contratada.
- d) Que antes do procedimento deste formulário, me foi entregue o Manual de Orientação para contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC.
- e) Recebi uma cópia da Proposta de Adesão, Aditivo de Carência e Declaração de Saúde.

- f) Que tenho ciência de que a vigência indicada na página 1 desta proposta não se confunde com a vigência do contrato coletivo firmado entre a administradora e a OPERADORA.
- g) Que tenho ciência que esta proposta é parte integrante do contrato e assumo responsabilidade civil e criminal pela veracidade dos dados nela informados. Que as informações prestadas nesta proposta são verdadeiras e completas e que não foram omitidas circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor da contraprestação pecuniária, bem como de acordo com o art. 766 do Código Civil Brasileiro e lei 9.656/98, estarei sujeito ao cancelamento da minha inscrição e de meus dependentes no plano de saúde caso sejam constatados dados falsos ou incompletos.
- h) Que tenho ciência que o orientador médico com a rede credenciada esta disponível no site da operadora.
- i) Que tenho ciência que o cartão de identificação do plano é de propriedade exclusiva da operadora de planos de saúde, que sou obrigado e devolvê-lo em caso de cancelamento e que respondo civil e criminalmente pela utilização indevida do mesmo.
- j) Que tenho ciência que o atraso no pagamento das mensalidades, das eventuais coparticipações ou de quaisquer valores devidos à VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, poderá ensejar no direito de cancelamento com probabilidade de reativação dos atendimentos, bem como a exclusão do beneficiário (cancelamento em definitivo) observando para tanto os prazos estabelecidos no negócio jurídico celebrado entre a Administradora e a Entidade. Ademais, os dias de atraso poderão ser consecutivos ou não, contados da data do vencimento da obrigação e caso seja realizado o cancelamento, não haverá, por parte da Administradora, prejuízo do direito de cobrar o débito existente.
- k) Que tenho ciência que em caso de pagamento da mensalidade após a data de vencimento do boleto e por este motivo o plano esteja cancelado com probabilidade de reativação, devo aguardar o prazo operacional solicitado pela Operadora de até 72h (setenta e duas horas), após validação do pagamento e solicitação de restabelecimento do atendimento.
- l) Que tenho ciência sobre a alteração do valor total da mensalidade na hipótese de inscrição de dependentes ou contratação de novos produtos/serviços.
- m) Que tenho ciência da existência e disponibilidade do Plano Referência de Assistência à Saúde, ofertado pela operadora optante, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art.12, da Lei nº 9.656/98. Declaro, ainda, que me foi oferecida a contratação desse Plano Referência, quando da apresentação dos planos comercializados pela operadora optante.

**Na condição titular/responsável, estou ciente que:**

O pagamento das mensalidades ocorrerá na data determinada e autorizada por meio da Proposta de Adesão.

A taxa de angariação é devida ao vendedor/corretora da proposta por conta da intermediação ao contrato, esta taxa não se confunde, exclui ou insenta o pagamento da primeira ou demais mensalidades desta proposta. Em caso de não aceitação do contrato esta taxa é devolvida integralmente pelo corretor que a recebeu, não suportando a administradora por nenhum ônus causado pelo corretor.

A VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, a OPERADORA e a Entidade, poderão solicitar a qualquer tempo documentos comprobatórios de todas as informações declaradas, tais como: comprovante de vínculo junto à contratante, comprovante de endereço, comprovação de permanência em planos anteriores, laudos médicos, psiquiátricos, prontuários, exames etc.

É minha obrigação manter em dia as mensalidades do plano. Caso ocorra o não recebimento do boleto bancário em até 3 (três) dias antes do seu vencimento, o beneficiário titular deve retirar a segunda via através dos telefones (71) 2105-6747, (31) 3311-9100, pelo site [www.vallorbeneficios.com.br](http://www.vallorbeneficios.com.br), opção segunda via do boleto ou e-mail [sac@vallorbeneficios.com.br](mailto:sac@vallorbeneficios.com.br). A alegação de não recebimento do boleto bancário, não será em hipótese alguma, pretexto para não pagamento do vencimento da mensalidade, e por consequência liberação de multas e demais cominações legais previstas no contrato.

Em caso de atraso no pagamento da mensalidade, incidirá multa de 2% ( dois por cento) sobre o fixado e acréscimo de juros de 1% ( um por cento) ao mês (0,033% ao dia), se o pagamento ocorrer após o vencimento.

O montante das mensalidades não pagas constitui dívida líquida, certa e exigível, caracterizando título extrajudicial, podendo a VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS proceder sua cobrança por via administrativa ou judicial, e a possibilidade de inscrição do beneficiário nos serviços de proteção ao crédito (SPC e SERASA) e protesto.

Poderei solicitar o cancelamento dos benefícios. Os benefícios poderão ser cancelados pela Entidade no caso de perda da minha elegibilidade ou pela falta de pagamento do valor mensal referente a mensalidade do plano de saúde e coparticipações, caso houver.

Poderei postular nova adesão aos benefícios, após ser feita nova análise e aceitação das condições da minha elegibilidade e após ter quitado eventuais débitos anteriores. A nova adesão poderá ser sujeita ao cumprimento de novos prazos de carência, bem como observando as novas condições de contratação, especialmente quanto aos valores de mensalidades, sem prejuízo da VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS realizar cobrança referente as mensalidades e coparticipações, se houver, em atraso.

As solicitações de exclusão e cancelamento seguem a RN412, que prevê efeito imediato e de caráter irrevogável a partir da ciência formal da VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS através dos telefones (71) 2105-6747 e (31) 3311-9100 ou e-mail [sac@vallorbeneficios.com.br](mailto:sac@vallorbeneficios.com.br). Os e-mails devem ter confirmação de recebimento.

O contratante titular/responsável legal e financeiro/procurador fica ciente de que está assinando uma proposta, sendo que as partes convencionam a conversão desta em contrato, caso não haja manifestação por nenhuma delas até o dia útil anterior ao início da vigência do contrato e o fazem com base no Código Civil e no Código de Defesa do Consumidor. Poderei desistir dessa proposta, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito a VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, até o dia útil anterior ao início da vigência do contrato, autorizando a cobrança de taxa de angariação e do valor mensal dos benefícios, caso esse prazo não seja observado.

Em casos de alterações de dados cadastrais (inclusão de dependente(s), alteração de endereço residencial, e-mail, etc.) devo comunicar o fato por escrito ou formulário padrão disponibilizado pela VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS através do e-mail [sac@vallorbeneficios.com.br](mailto:sac@vallorbeneficios.com.br), respondendo por eventuais problemas decorrentes a falta de informações atualizadas. Tais alterações terão vigência a partir do mês subsequente, desde que recebidas pela VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS até 15 (quinze) dias antes da data de vigência do benefício.

Antes ou após a data de início da vigência, poderá ser designada ou ser dada continuidade à entrevista qualificada, conforme previsto na Resolução Normativa 162/2007 da Agência Nacional de Saúde (ANS), para titular e/ou dependente(s).

SA cobertura do produto pretendido é limitado ao Rol de Procedimentos Médicos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, de forma taxativa e exaustiva, do qual tornei ciência nesta data.

O(s) cartão(ões) de identificação será(ão) entregue(s) na residência ou no local indicado para o recebimento da correspondência. Em caso de extravio e/ou solicitação de segunda via do cartão de identificação, será cobrado valor extra nos termos do contrato celebrado entre a OPERADORA e a VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS.

**Na condição titular/responsável, autorizo:**

A minha inscrição e do(s) meu(s) dependente(s) no plano de saúde, relacionados na Proposta de Adesão.

A cobrança das mensalidades por meio de boleto bancário. A VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS disponibiliza em seu site [www.vallorbeneficios.com.br](http://www.vallorbeneficios.com.br) boleto para pagamento do benefício. Central de atendimento VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS - (71) 2105-6747 e (31) 3311-9100 ou e-mail [sac@vallorbeneficios.com.br](mailto:sac@vallorbeneficios.com.br).

A VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS a me representar e a meu(s) dependente(s) perante a OPERADORA e outras pessoas jurídicas, especialmente a Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS, quanto ao cumprimento e alterações do contrato coletivo do plano de saúde, bem como nos reajustes das mensalidades.

**Declararação de Responsabilidade (para inclusão de menores de idade ou em caso de incapacidade civil)**

Na qualidade de responsável pelo(s) menor(es) ou incapaz(es) civil(s) descrito(s) na página 01 desta proposta de adesão, autorizo a inclusão deste(s) em plano coletivo por adesão de assistência a saúde, responsabilizando-me pelo pagamento da(s) taxa(s) das mensalidades e coparticipações, caso houver, e outra(s) obrigação(ões) previstas nesta proposta de adesão.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do Titular / Responsável Financeiro



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.

**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.

Local

Data

Nome Completo

CPF

Assinatura Responsável

**NOME TITULAR**

NOME DEPENDENTE 1

NOME DEPENDENTE 2

NOME DEPENDENTE 3

NOME DEPENDENTE 4

NOME DEPENDENTE 5

O objetivo do presente instrumento é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que ele saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano coletivo de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informação.

1º Para fins do presente documento entende-se que:

A) Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano coletivo de assistência à saúde.

B) Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano coletivo de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

C) Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano coletivo de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

2º O beneficiário tem direito a preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, em qualquer ônus para ele. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

O (a) proponente tem ciência e concorda que:

1 – No preenchimento desta declaração tem a opção de ser orientado (a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora ou por um médico de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

2 – A **Declaração de Saúde** tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistes, como sendo aquelas que o (a) proponente tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou qualquer de seus dependentes.

3 – Havendo declaração de doença ou lesões preexistes, serão oferecidas duas opções:

- a) Cobertura Parcial Temporária (CPT) – o a) proponente não terá direito a procedimento de altas complexidades, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia, relacionados a doenças ou lesão declarada por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
- b) Agravo – acréscimo no custo mensal do plano para que o consumidor tenha direito a cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais.

4 – Nenhuma cobertura será negada ao beneficiário (a) em relação a doença ou lesão preexistente não declarada, até que a operadora apresente provas concretas junto a ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. Até decisão da **ANS** não haverá suspensão do contrato e nem do atendimento.

5 – A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente do qual o(a) proponente saiba ser portador(a) no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovado junto a ANS pode acarretar a suspensão ou cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data que tiver recebido comunicado ou notificação do Plano alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

# DECLARAÇÃO DE SAÚDE

A partir desse momento, você deverá responder ao questionário sem omitir nenhuma doença. Isto evita que um benefício seja negado e que um processo judicial seja aberto contra o Associado, devido a fraude. Responda com clareza colocando **“SIM”** ou **“NÃO”** para cada pergunta:

	SIM	NÃO
O preenchimento deste questionário contou com a presença de um médico orientador?		
O beneficiário dispensou a presença do médico orientador?		

A DECLARAÇÃO DE SAÚDE DE SER PREENCHIDA PELO BENEFICIÁRIO TITULAR USANDO		(S) Sim / (N) Não	Titular	Dp01	Dp02	Dp03	Dp04	Dp05
01	Está ou esteve internado? Utilizou UTI ou CTI? Já foi operado? Qual motivo?							
02	Tem algum tratamento clínico ou cirúrgico programado ou indicado para os próximos meses?							
03	Já teve que tomar transfusão de sangue e/ou derivados?							
04	Está ou já esteve fazendo tratamento de câncer?							
05	Possui ou sequela decorrente de algum acidente pessoal?							
06	Possui alguma deficiência de braços, pernas, olhos e ouvidos?							
07	Já foi ou é fumante?							
08	Já fez uso frequente de drogas (maconha, cocaína e etc.)?							
09	Já fez ou faz uso frequente de bebidas alcoólicas?							
10	É ou foi obeso?							
11	Possui doenças ortopédicas ou articulares (osteoporose, artrite, febre reumática, hérnia de disco e etc.)?							
12	Possui doenças do aparelho respiratório (alergia respiratória, asma, bronquite, pneumonia de repetição, tuberculose pulmonar e etc.)?							
13	Possui hérnia (umbilical, inguinal, incisional e etc.)?							
14	Possui doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose, esquistossomose, hepatite, chagas, dengue, meningite e etc.)?							
15	Se do sexo masculino possui doenças dos órgãos genitais masculinos (fimose, prostatismo e etc.)?							
16	Possui doenças do sangue imunológicas e do colágeno e autoimunes (anemias, púrpuras, talassemias, HIV, AIDS e suas complicações, lúpus eritematoso, esclerose múltipla, artrite reumatoide e etc.)?							
17	Possui doenças neurológicas ou cérebro – vasculares (derrame cerebral, epilepsia, Parkinson, paralisia cerebral, Alzheimer e etc.)?							
18	Possui doenças oftalmológicas (miopia, catarata, retinopatia, estrabismo e etc.)?							
19	Possui doenças mentais ou do comportamento (depressão, neuroses, esquizofrenia e etc.)?							
20	Possui doenças ou malformações do nascimento?							
21	Possui doenças do aparelho cardiovascular (pressão alta, infarto, varizes, angina, insuficiência cardíaca e etc.)?							
22	Possui doenças gastrointestinal (gastrite, úlceras, cirrose, doenças do intestino e etc.)?							
23	Se do sexo feminino, está grávida ou suspeita de gravidez?							
24	Possui doenças ginecológicas e das mamas (cistos de ovários, miomas, módulo nas mamas e etc.)?							
25	Possui doenças do aparelho urinário (pedras nos rins, infecções urinárias, insuficiência renal e etc.)?							
26	Possui doenças do metabolismo e endócrinas (diabetes, tireoide e etc.)?							
27	Possui doenças dos ouvidos, nariz e garganta (Amigdalites, desvio de septo nasal, diminuição da audição, rinite e sinusite)?							
28	Realizou ou realiza diálise ou hemodiálise?							
29	Possui alguma doença não mencionada acima? Qual?							
<b>PESO/ALTURA</b>	<b>Titular</b>	<b>Dependente 01</b>	<b>Dependente 02</b>	<b>Dependente 03</b>	<b>Dependente 04</b>	<b>Dependente 05</b>		
PESO								
ALTURA								

## QUADRO DESCRITIVO

ITEM	CÓD. TITULAR/DEPENDENTE	DESCRIÇÃO	CID-10

ENTREVISTA MÉDICA QUALIFICADA		SIM	NÃO
Contratação com entrevista qualificada			
OPÇÃO PARA DOENÇAS E/OU LESÕES PREEXISTENTES			
<b>Tendo indicado acima a preexistência de moléstias e tendo sido informado dos preços e das taxas mensais para o Agravo, faça a seguinte opção:</b>			
Cobertura parcial temporária (CPT) para doença (s) e/ou lesão (ões) preexistente (s) declarada (s).			
Agravo da taxa mensal de manutenção para doenças e/ou lesão (ões) preexistente (s) declarada (s).			

Local e Data

Assinatura Titular/Responsável Financeiro

Assinatura e Carimbo Médico

## Aditivo de Carência

Aditivo a Proposta de Adesão ao Contrato Coletivo por Adesão da **Operadora Boa Saúde**, estipulado pela **VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** destinado aos filiados e entidade de classe à qual fazem parte, sendo ela identificada na Proposta de Adesão.

Este termo Aditivo de Carências tem por finalidade definir os prazos de carências e a cobertura parcial temporária para doenças e lesões preexistentes a serem cumpridos pelos beneficiários inscritos no Plano de Assistência à Saúde, por meio da Proposta de Adesão ao Contrato Coletivo por Adesão.

### **Temos Ciência Que:**

A Cobertura Parcial Temporária – CPT é aquela que admite, num prazo determinado, a suspensão estabelecida em contrato de cobertura para eventos cirúrgicos, internações em leitos de alta tecnologia (UTI, CTI) e procedimentos de alta complexidade exclusivamente relacionados à doença ou lesão preexistente de que os beneficiários de um plano de saúde saibam ser portadores. Os prazos de carências passam a ser contados do início da vigência das coberturas do Plano de Saúde.

---

Local e Data

---

Titular / Responsável Financeiro

Casos Clínicos	Serviços Auxiliares TERAPIAS	Exames Complementares DIAGNOSE	Consultas Médicas	Número de Dias
Urgência e Emergência	Remoção			24 horas
		Patologia Clínica, Exames Laboratoriais (exceto Imunologia e Hormônios) e Radiologia Simples.	Todas as especialidades médicas exceto Psiquiatria	30
		Patologia Clínica (hormônios e imunologia), Mapeamento de Retina, Anatomopatologia, Eletrocardiograma, Tonometria Ocular, Exame de Fundo de Olho.		60
		Ultrassonografias (exceto em Angiologia, Transretal e Vaginal), Eletroencefalograma Convencional e Testes Alérgicos.		90
Biopsia de pele de tumores superficiais (subcutâneos)		Eletroneuromiografia, Provas de Função pulmonar, Mamografia, Densitometria Óssea, Endoscopias, Procedimentos especiais de Radiodiagnóstico, Liquorologia, Diagnose em Oftalmologia e Otorrinolaringologia.		120
		Medicina Nuclear, Ultrassonografias Transretal/Vaginal, Tomografia, Ultrassonografia com Doppler com fluxo a cores, Holter, MAPA, Teste Ergométrico, Ressonância Magnética, Ecocardiografias e outros não especificados.		180

---

Titular / Responsável Financeiro

## ADITIVO DE PRODUTO

OPERADORA: **BOA SAUDE – REGISTRO ANS Nº 418137**

ENTIDADE CLASSE: \_\_\_\_\_

ASSINALE ABAIXO O PLANO PRETENDIDO					
Planos	Código ANS	Abrangência Geográfica	Segmentação Assistencial		
<input type="checkbox"/>	BOA SAUDE AMBULATORIAL SAFIRA	465.629/11-6	Salvador BA	Ambulatorial	
Mês base de reajuste entre operadora e administradora: <b>MAIO</b>					
AMBULATORIAL SAFIRA					
FAIXA ETÁRIA	PRODUTO SEM COPARTICIPAÇÃO		%		
Até 18 anos	R\$ 78,79		-		
19 a 23 anos	R\$ 99,55		26,34%		
24 a 28 anos	R\$ 113,11		13,62%		
29 a 33 anos	R\$ 127,16		14,42%		
34 a 38 anos	R\$ 155,02		21,90%		
39 a 43 anos	R\$ 184,53		19,03%		
44 a 48 anos	R\$ 222,65		20,65%		
49 a 53 anos	R\$ 272,71		22,48%		
54 a 58 anos	R\$ 343,48		25,95%		
59 ou + anos	R\$ 446,03		29,85%		
COMPOSIÇÃO DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA MENSAL					
TITULAR (R\$)	DEPENDENTE 1 (R\$)	DEPENDENTE 2 (R\$)	DEPENDENTE 3 (R\$)	DEPENDENTE 4 (R\$)	DEPENDENTE 5 (R\$)
<b>Contraprestação Pecuniária Mensal (Total)</b>			Primeira taxa de administração (devida no momento da adesão e que não se confunde em nenhuma hipótese com as mensalidades devidas ao plano).		

Data de vencimento primeiro boleto:     \     \

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura Titular / Responsável Financeiro