



Intermédica

Relação de Atualização Cadastral - RAC-PME

Nº da Proposta de Adesão

Matrícula	Cod. Empresa	Empresa	CNPJ
-----------	--------------	---------	------

Planos

SEM Co-participação		COM Co-participação	
Acomodação Coletiva		Acomodação Individual	
<input type="checkbox"/> Max 200	<input type="checkbox"/> Max 350	<input type="checkbox"/> Max 200 Plus	<input type="checkbox"/> Max 400 Plus
<input type="checkbox"/> Max 250	<input type="checkbox"/> Max 400	<input type="checkbox"/> Max 300 Plus	<input type="checkbox"/> Max 450 Plus
<input type="checkbox"/> Max 300	<input type="checkbox"/> Max 450 Plus	<input type="checkbox"/> Max 350 Plus	<input type="checkbox"/> Max 500 Plus

SOMENTE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL	
<input type="checkbox"/> PME PRATA AG7	<input type="checkbox"/> PME PRATA ABC
<input type="checkbox"/> PME PRATA AG8	<input type="checkbox"/> PME PRATA BS
<input type="checkbox"/> PME PRATA ALPHA	<input type="checkbox"/> OUTROS

Inclusão		Exclusão		Data Admissão / Demissão		Registro do Empregado		Alteração / Solicitação	
<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Dependente	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Dependente					<input type="checkbox"/> Nome	<input type="checkbox"/> Estado civil
								<input type="checkbox"/> Data de nascimento	<input type="checkbox"/> Plano (vide contrato)
									<input type="checkbox"/> Outros:

Titular

Nome do Titular (Obrigatório nome completo)

CPF	Cartão Nacional de Saúde (CNS)	RG	Orgão/UF	EC*	Sexo	E-mail	Data de Nascimento	Idade
-----	--------------------------------	----	----------	-----	------	--------	--------------------	-------

Nome da mãe do Titular

Nome do Responsável

CPF do Responsável

Plano Anterior

Valor R\$

Dados dos Dependentes - (Obrigatório Nome Completo e CPF para maiores de 18 anos)

Nome do Dependente (Obrigatório nome completo)	Nº C.P.F. do Dependente	Data de Nascimento	GP**	EC*	Sexo	Valor R\$
1 Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Declaração Nascido Vivo					
Nome do Dependente (Obrigatório nome completo)	Nome da mãe do Dependente					
2 Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Declaração Nascido Vivo					
Nome do Dependente (Obrigatório nome completo)	Nome da mãe do Dependente					
3 Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Declaração Nascido Vivo					
Nome do Dependente (Obrigatório nome completo)	Nome da mãe do Dependente					
4 Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Declaração Nascido Vivo					
Nome do Dependente (Obrigatório nome completo)	Nome da mãe do Dependente					
5 Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Declaração Nascido Vivo					
Nome do Dependente (Obrigatório nome completo)	Nome da mãe do Dependente					

Endereço Residencial - (Preenchimento Obrigatório)

CEP	Endereço Residencial	Número
Complemento	Barrio	Cidade
Telefone	Telefone para recado	E-mail
	UF	Município IBGE

Estou de acordo com o plano. Serão os prazos de carências estabelecidos no momento da contratação;
 3. No caso do meu plano, ser Empresarial, fica a empresa, identificada anteriormente, investida por mim de plenos poderes de representação perante a operadora;
 4. As informações por mim prestadas são verdadeiras e completas, sem omissão de qualquer circunstância que possa influir na minha aceitação e de meus dependentes;
 5. A presente relação de atualização cadastral é parte integrante do contrato, o qual foi recebido, integralmente lido, entendido e aceito pela minha empresa e por mim, sem quaisquer restrições ao seu conteúdo, o que confirmo preenchendo e assinando.

Local e data

Assinatura do Titular ou Responsável Legal

ANS nº 359017

Versão 07.2011.007



Intermédica

Max

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 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 - 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 - Perfil Beneficiário**.

Beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

