

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

Os beneficiários dos planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular 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.

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

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 compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas 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 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 estes 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 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 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



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
ouvidoria@ans.gov.br



Operadora: PAME - Associação de Assistência Plena em Saúde

CNPJ: 01.591.800/0001-97

Nº de registro na ANS: nº 34240-8

Site: <http://www.pame.com.br>

Tel.: 0800 724 1013

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 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 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial	
		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 a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	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.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

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 de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional ao 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 à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravo, 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 a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RNº 162/2007.

Coletivo Empresarial

Com 30 participantes ou mais

Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Com menos de 30 participantes

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.

Coletivo por Adesão

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação 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 permitidas se houver previsão no contrato.

REAJUSTE

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 é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

Os planos coletivos **não** 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 que 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, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO

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. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.

VIGÊNCIA

A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.

A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.

REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO

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 o 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 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 n.º 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 co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste 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 mantém 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 ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

ANEXO II
GUIA DE LEITURA CONTRATUAL



Operadora: PAME - Associação de Assistência Plena em Saúde
CNPJ: 01.591.800/0001-97
Nº de registro na ANS: nº 34240-8
Site: <http://www.pame.com.br>
Tel.: 0800 724 1013

Guia de Leitura Contratual

		<i>Página do Contrato</i>
<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	
<i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</i>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	
<i>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</i>	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, 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
ouvidoria@ans.gov.br

Prezado(a) Beneficiário(a):

Essa declaração tem o objetivo auxiliá-lo na compreensão dos serviços que a PAME-ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA PLENA EM SAÚDE proporciona a você no que diz respeito ao PLANO REFERÊNCIA. Ele responderá suas principais dúvidas e deve ser lido atentamente antes do preenchimento da Proposta Admissão e da assinatura dessa Declaração.

1) O que é o PLANO REFERÊNCIA ?

o plano instituído pela Lei nº 9656/98, art.10, sendo aquele que cobre todos os procedimentos médico ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, incluindo parto e que, obrigatoriamente, deve ser oferecido ao consumidor que deseja comprar um plano de saúde.

2) Quais são as coberturas do PLANO REFERÊNCIA ?

- Cobertura integral, após 24 horas do início de vigência do contrato, de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de doenças e Problemas Relacionados à Saúde- CID-10, assim como todos os exames e tratamentos previstos no Rol de Procedimentos publicado pela ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar, para os casos de urgência e emergência, com exceção das doenças ou lesões preexistentes.
- Atendimento em consultórios e internação em padrão enfermagem, com direito a parto, a UTI e a todos os exames e tratamentos necessários para diagnosticar ou tratar o problema de saúde, após cumprida as carências(exceto nos casos de urgência e emergência).

3) O que significa CID?

É a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, onde estão classificadas, com os seus respectivos códigos, todas as doenças conhecidas pela Organização Mundial de Saúde. Está atualmente em sua 10ª versão (CID-10).

Em relação aos planos de saúde, a legislação brasileira determina que todas as doenças listadas na Classificação Estatísticas Internacionais de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde- CID-10 deve ter cobertura desde que previsto no Rol de Procedimentos vigente- ANS.

4) E se eu optar por um plano diferente do PLANO REFERÊNCIA?

Não haverá nenhum problema, basta assinar essa Declaração dizendo que o PLANO REFERÊNCIA lhe foi oferecido pela PAME-ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA PLENA EM SAÚDE.

5) Porque assinar essa Declaração?

A partir de 3 de dezembro de 1999, a ANS determinou a obrigatoriedade das operadoras em oferecer o plano referência a seus atuais e futuros clientes, instituído pela Lei nº 9656/98, art.10.

A entrega dessa Declaração, assinada pelo titular do Plano, é obrigatória e faz parte integrante do Contrato, conforme determinação da ANS.

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO E OFERECIMENTO DO PLANO REFER NCIA

Declaro que eu conheço e me foi ofertado pela PAME - ASSOCIAÇÃO DE ASSIST NCIA PLENA EM SAÚDE, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 01591800/0001-97, o PLANO REFER NCIA, nos termos do artigo 10, da Lei nº 9656/98, sendo àquele que assegura o atendimento integral ambulatorial, hospitalar e obstétrico, com padrão acomodação em enfermaria, com atendimento após 24 horas, da contratação do plano, para os casos de urgência e emergência, cujas doenças estejam relacionadas no CID 10- Classificação Internacional de Doenças Relacionadas à Saúde, excetuando-se os casos de doenças e/ou lesões preexistentes.

Rio de Janeiro de de

PROPONENTE/CPF

1^avia PAME/ 2^avia Cliente

ANS - nº 34240-8

ANEXO
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: _____

Assinatura: _____

Declaração de Carências Assistência Médica

Por este instrumento o(a) Associado(a) abaixo inscrito(a) declara que, a partir da data de Vigência do Contrato tem conhecimento de que está em carência e cumprirá as mesmas as seguinte forma:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura nos casos de emergência ou urgência, quando devidamente comprovados pelo médico assistente, estando esta cobertura limitada Às 12 (doze) primeiras horas de atendimento em pronto-socorro, não tendo direito, portanto, às internações.
- b) 30 (trinta) dias para a cobertura de consultas e exames que não necessitem de autorizações, por exemplo: Endoscopia, Mamografia, Densitometria Óssea, Ultrassonografia, Ecocardiograma, Eletrocardiograma e Exames Laboratoriais.
- c) 180 (cento e oitenta) dias para a cobertura de cirurgias, internações e tratamentos complementares, como: fisioterapia e acupuntura, bem como todos os exames que requeiram autorização prévia, por exemplo: Tomografia, Ressonância Magnética e outros.
- d) 300 (trezentos) dias para a cobertura de parto.

E tem ciência que só terá total cobertura para Eventos Cirúrgicos, Leitos de Alta Tecnologia e Tratamentos de Alta Complexidade relacionados Às doenças pré-existentes declaradas na Declaração de Saúde, após 24 (vinte e quatro) meses de aplicação de Cobertura Parcial Temporária.

Obs: Todas as carências em conformidade com regulamento do plano escolhido.

Plano Médico Escolhido: _____

Associado(a): _____

RG: _____ CPF: _____

Local e Data: _____

Assinatura do Associado

PAME Associação de Assistência Plena em Saúde

ANS - nº 34240-8

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

NOME DO PROPONENTE

NOME DO PLANO

Informe se é portador ou se já sofreu de alguma das situações descritas nesta Declaração de Saúde.

ITEM	DESCRIÇÃO	Escreva por extenso "SIM" ou "NÃO"
1	Doenças de veias e artérias (como varizes, aneurismas, trombozes e má circulação, entre outras)	
2	Doenças do aparelho cardiocirculatório (como angina, infarto, pressão alta, arritmias, cirurgias cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênitas, entre outras)	
3	Doenças endócrinas ou metabólicas (como diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, obesidade)	
4	Doenças do aparelho digestivo (como cálculo biliar, doenças do fígado, doenças dos intestinos, hemorróidas e fístulas, entre outras)	
5	Hérnias (como: inguinais, umbilicais e incisionais, entre outras)	
6	Doenças do sangue ou imunológicas (como anemias, púrpuras e talassemias, entre outras)	
7	Doenças do aparelho geniturinário (como cálculos, infecção dos rins, insuficiência renal, bexiga, uretra e transplantados, entre outras)	
8	Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares (como derrame, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer e epilepsia, entre outras)	
9	Doenças de ouvido, nariz e garganta (como diminuição da audição, desvio de septo, sinusites e amigdalites, entre outras)	
10	Doenças crônicas do aparelho respiratório (como asma, bronquite, enfisema e pneumonia de repetição, entre outras)	
11	Doenças ortopédicas (como artrose, hérnia de disco, deformidade óssea, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvios de coluna, deformidades ósseas congênitas e fraturas de repetição, entre outras)	
12	Doenças ginecológicas e da mama (como mioma, períneo, cisto de ovário, endometriose, cistos e nódulos mamários, entre outras)	
13	Doenças infecto-contagiosas (como: AIDS e suas complicações, hepatites, entre outras)	
14	Doenças ou tumorações malignas (como leucemia, mieloma múltiplo, carcinomas, melanomas, linfomas e todos os tipos de câncer)	
15	Complicações da gestação, complicações do parto e ameaças de abortamento. Está grávida ou em atraso menstrual?	
16	Doenças dos órgãos genitais masculinos (como próstata, hidrocele, fimose, criptorquidia, parafimose, impotência e doenças de Peyronie, entre outras)	
17	Doenças oftalmológicas e alterações de refração (como ceratocórnea, glaucoma, catarata, miopia, astigmatismo, hipermetropia e uso de lentes corretivas, entre outras)	
18	Doenças do colágeno (auto - imunes) (como lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artrite reumatóide, entre outras)	
19	Doenças e transtornos mentais e psiquiátricos (como psicose maniaco - depressiva, depressão, esquizofrenia, retardo mental, uso de drogas como álcool, opiáceos, maconha, cocaína e LSD, entre outras)	
20	Doenças de mal formação congênita ou doenças hereditárias (como síndrome de Down, Polidactilia, entre outras)	
21	Já sofreu alguma lesão de ordem traumática que tenha deixado algum tipo de seqüela? E, caso positivo quando e de que tipo (deformidade, surdez, cegueira, entre outras).	
22	É portador de qualquer outra doença que não se relaciona OU NÃO SE ENCONTRA DESCRITA nas perguntas anteriores? Se sim, informe a data do diagnóstico e os tratamentos realizados no quadro de informações complementares.	

Este documento não deve conter rasura

II - Informações Complementares

Se respondeu "SIM", esclareça o motivo especificando o item, data do evento e procedimentos terapêuticos.	INDIQUE NO QUADRO PESO E ALTURA
	_____ m
	_____ kg
Nome do(a) médico(a) com quem tenha realizado algum(s) tratamento(s):	Tel: _____

III - Declaração do Contratante

1. Declaro que fui orientado para o preenchimento desta Declaração Pessoal de Saúde por médico indicado pela Pame. ()
2. Declaro que fui orientado por meu médico particular, não credenciado da PAME, para preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde. ()
3. Declaro que dispensei orientação médica a mim oferecida para o preenchimento desta Declaração Pessoal de Saúde, pelo que respondo integralmente. ()

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas nesta proposta, que coincidem com a cópia em meu poder. Tenho ciência e manifesto concordância com as disposições constantes do Estatuto Social, Regulamento do Plano escolhido, Carências e Lista de Credenciados, cujos exemplares estão sendo entregues a mim nesta data. São verdadeiras e completas as declarações prestadas por mim, livre e espontânea vontade, comprometendo-me, desde já a prestar toda e qualquer informação adicional que me for solicitada e, autorizo expressamente que médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde remetam à PAME as informações que se fizerem necessárias sobre meu estado de saúde, isentando-os de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ou sigilo profissional. Tenho ciência que das carências previstas no Regulamento e que só terei total cobertura para Eventos Cirúrgicos, Leitos de Alta Tecnologia e Tratamentos de Alta Complexidade relacionados às doenças pré existentes declaradas neste documento, após 24 (vinte e quatro) meses de aplicação de Cobertura Parcial Temporária.

ANS - nº 34.240-B