**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO EMPRESARIAL**

|  |
| --- |
| **RAZÃO SOCIAL**:       |
| **NOME FANTASIA:**       |
| **CARACTERÍSTICAS DO CONTRATO** |
| **CONTRATO:**       | **EMPRESA:**       | **REGISTRO DO PRODUTO:**       |
| **ABRANGÊNCIA**:  | **FATOR MODERADOR**:   | **ACOMODAÇÃO:**  |
| **INCLUSÃO: [ ]** TITULAR **[ ]** DEPENDENTE **[ ]** RECÉM**-**NASCIDO **[ ]** MUDANÇA DE PLANO/PRODUTO |
| **DADOS DO TITULAR** |
| **NOME:**       | **VALOR DO PLANO: R$**       |
| **FILIAÇÃO:** |       |
|       |
| **DATA NASC.:**       | **SEXO:**  | **ESTADO CIVIL:**  |
| **CPF:**       | **RG:**       | **ÓRGÃO EXPEDIDOR**:       |
| **NATURALIDADE:**       | **DATA DE EMISSÃO:**  |
| **ENDEREÇO:**       | **Nº:**       |
| **BAIRRO:**       | **CEP:**  |
| **CIDADE**:       | **UF:**    | **COMPL.:**       |
| **TELEFONE**:       | **CELULAR:**       |
| **E-MAIL:**       | **CNS**:       |
| **DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)** |
| **DEP: 01** | **NOME:** |
| **DATA DE NASC.:** | **NATURALIDADE:** | **SEXO:**  |
| **FILIAÇÃO:**  | **PARENTESCO:**  |
| **CPF:**       | **RG:**       | **ORG. EXP:** | **DATA DE EMISSÃO:** |
| **CNS:**       | **ACOMODAÇÃO:**   | **VALOR DO PLANO: R$**       |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEP: 02** | **NOME:**  |
| **DATA DE NASC.:** | **NATURALIDADE:** | **SEXO:**  |
| **FILIAÇÃO:**  | **PARENTESCO:**  |
| **CPF:**       | **RG:**       | **ORG. EXP:** | **DATA DE EMISSÃO:** |
| **CNS:**       | **ACOMODAÇÃO:**   | **VALOR DO PLANO: R$**       |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEP: 03** | **NOME:** |
| **DATA DE NASC.:** | **NATURALIDADE:** | **SEXO:**  |
| **FILIAÇÃO:**  | **PARENTESCO:**  |
| **CPF:**       | **RG:**       | **ORG. EXP:** | **DATA DE EMISSÃO:** |
| **CNS:**       | **ACOMODAÇÃO:**   | **VALOR DO PLANO: R$**       |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEP: 04** | **NOME:**  |
| **DATA DE NASC.:** | **NATURALIDADE:** | **SEXO:**  |
| **FILIAÇÃO:** | **PARENTESCO:**  |
| **CPF:**       | **RG:**       | **ORG. EXP:** | **DATA DE EMISSÃO:** |
| **CNS:**       | **ACOMODAÇÃO:**   | **VALOR DO PLANO: R$**       |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEP: 05** | **NOME:**  |
| **DATA DE NASC.:** | **NATURALIDADE:** | **SEXO:**  |
| **FILIAÇÃO:**  | **PARENTESCO:**  |
| **CPF:**       | **RG:**       | **ORG. EXP:** | **DATA DE EMISSÃO:** |
| **CNS:**       | **ACOMODAÇÃO:**  | **VALOR DO PLANO: R$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEP: 06** | **NOME:** |
| **DATA DE NASC.:** | **NATURALIDADE:** | **SEXO:**  |
| **FILIAÇÃO:**  | **PARENTESCO:**  |
| **CPF:**       | **RG:**       | **ORG. EXP:** | **DATA DE EMISSÃO:** |
| **CNS:**       | **ACOMODAÇÃO:**  | **VALOR DO PLANO: R$** |
| **OBSERVAÇÕES:** |
|       |
|       |
|       |
|       |

Declaro ter lido e tomado perfeita ciência do conteúdo efetivo de todas as cláusulas do Termo de Adesão anexo, compreendendo o teor das Tabelas de Referência e seus critérios de utilização, bem como todas as condições e formas de pagamento e estou ciente que esta proposta (ficha de inscrição) é parte do contrato ora firmado com a empresa acima citada.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |
| **LOCAL E DATA** |  | **EMPRESA CONTRATANTE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **REPRESENTANTE COMERCIAL** |  | **TITULAR E/OU RESPONSÁVEL** |

**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 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 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 Agravo, 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 como 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, nesse 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 a 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 Procedimento 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. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **LOCAL E DATA** |  | **REPRESENTANTE COMERCIAL** |
|  |  |  |
| **TITULAR** |  | **CPF** |
|  |  |  |
| **ASSINATURA DO(A) TITULAR E/OU RESPONSÁVEL** |  | **ASSINATURA REPRESENTANTE COMERCIAL** |

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

**Esta declaração é parte integrante do contrato que ora se assina, válida para todos os beneficiários indicados na PROPOSTA DE ADMISSÃO. Para fins de pleno esclarecimento, seguem abaixo as seguintes definições:**

1. 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 privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa 162 da ANS;
2. 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 privado 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;
3. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado 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.

O beneficiário deve informar à contratada, por meio desta Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso Il do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

**Informações Adicionais:**

1. O beneficiário tem o direito de preencher esta Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais de rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus;
2. 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.
3. O Objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

Indique no quadro abaixo peso e altura do (a) titular e de seu (s) dependente (s):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITEM** | **TITULAR** | **DEPENDENTES** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| PESO (KG) |      |      |      |      |      |      |      |
| ALTURA (CM) |      |      |      |      |      |      |      |
| IMC\* |      |      |      |      |      |      |      |

 \*IMC = Peso / (Altura x Altura)

**Atenção:** Nos casos em que o IMC (Índice de Massa Corpórea) for igual ou superior a 30 (trinta), será necessário a realização de exame pré-admissional antes da inclusão do beneficiário no plano de saúde.

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

Responda as questões abaixo, assinando com (S) para as respostas afirmativas e (N) para negativas, ao final especifique qual a doença:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **INFORME SE É PORTADOR DE:** | **TITULAR** | **DEPENDENTES** |
|  |  |  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **01** | Doenças infecto-contagiosa (aids, hepatite, tuberculose, meningite, outros). |  |  |  |  |  |  |  |
| **02** | Doenças respiratórias (enfisema, asma, bronquite, pneumonia de repetição, outros). |  |  |  |  |  |  |  |
| **03** | Doenças ortopédicas (escoliose, hérnia de disco, artrose, deformidade óssea, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, fraturas de repetição) ou outro distúrbio ósseo ou de membros. |  |  |  |  |  |  |  |
| **04** | Doenças de sistema nervoso e cerebrovascular (derrame, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia ou outras). |  |  |  |  |  |  |  |
| **05** | Doenças endócrinas ou metabólicas (diabetes, hipertireodismo, hipotireodismo outras). |  |  |  |  |  |  |  |
| **06** | Doenças ou tumorações malignas (leucemias, mielomas, carcinomas, melanomas, linfomas, outros). |  |  |  |  |  |  |  |
| **07** | Hérnias (inguinais, umbelicais, incisional, outras).  |  |  |  |  |  |  |  |
| **08** | Doenças cardiocirculatórias (angina, infarto, pressão alta, arritimias, doenças congênitas, cirurgias cardíacas anteriores, outras).  |  |  |  |  |  |  |  |
| **09** | Doenças de veias e artérias (varizes, aneurismas, trombose, má circulação, outras).  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | Doenças do aparelho urinário (cálculos, infecção nos rins, insuficiência renal, cistite, uretrite, outras).  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** | Doenças do aparelho digestivo (cálculo de vesícula, doenças do fígado, doenças do intestino, úlcera de estômago e outras).  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** | Doenças ginecológicas e da mama (mioma, cisto de ovário, endometriose, incontinência urinária, nódulos mamários, rotura de períneo, outras).  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** | Doenças dos órgãos genitais masculinos (hidrocele, fimose, criptorquídia, doenças da próstata, outras). |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** | Doenças do colágeno e auto-imunes (lupus eritematoso, esclerose múltipla, artrite reumatóide, outras). |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** | Doenças do sangue ou imunólogicas (anemias, púrpuras, talassemia, outras). |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** | Doenças do ouvido, nariz e garganta (diminuição da audição, otites, desvio de septo, sinusites, amigdalites). |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** | Doenças oftalmológicas ou alterações de refração (catarata, glaucoma, miopia, ceratocórnea, outras). |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** | Doenças e transtornos mentais ou psiquiátricos (depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, retardo mental, ou uso de drogas como álcool, opiáceos, maconha, cocaína, LSD, outras).  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** | Doenças congênitas e ou hereditárias (síndrome de Down, polidactília, outras).  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** | Obesidade (Índice de Massa Corporal (IMC) é igual ou maior a 30 kg/m2) |  |  |  |  |  |  |  |
| **21** | Sofre ou sofreu de alguma doença não relacionada acima , que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de exame ou tratamento? |  |  |  |  |  |  |  |

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos, especificar o item, beneficiário, especificação e data do evento.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **BENEFICIÁRIO(A)** | **DATA DO EVENTO** | **ESPECIFICAÇÕES** |
|    |  |      |   |
|    |  |      |   |
|    |  |      |   |
|    |  |      |   |
|    |  |      |   |
|    |  |      |   |

O preenchimento desta declaração de saúde contou com a presença de médico orientador?

[ ]  Sim [ ]  Não

O beneficiário dispensou a presença do médico orientador no preenchimento desta declaração de saúde?

[ ]  Sim [ ]  Não

|  |  |
| --- | --- |
| Informações adicionais dos(as) beneficiários(as): |  |
|  |
|  |
|  |

Declaro para os devidos fins e efeitos que as informações de saúde relativas a mim e a meus dependentes foram espontaneamente prestadas, estando ciente que nos termos da Lei N.º 9.656/98 e normas aplicáveis, que a omissão de fatos e informações sobre doenças e lesões preexistentes conhecidas e não declaradas poderá ser considerada como comportamento fraudulento, implicando na rescisão contratual e na minha responsabilização pelo pagamento das despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de cobertura parcial temporária, caso assim venha a ser comprovado junto a ANS.

Declaro para os devidos fins de direito, por mim e por meus dependentes inscritos no plano de saúde, que a Operadora me ofereceu Cobertura Parcial Temporária - CPT (v. item 2 das DEFINIÇÕES) para as doenças ou lesões preexistentes indicadas na Declaração de Saúde, pelo que aceito e me obrigo, por mim e por meus dependentes inscritos no plano de saúde, a cumprir CPT pelo prazo de 24(vinte e quatro) meses, contados a partir da celebração do contrato. Declaro ainda, que aceito e tenho conhecimento de que para as doenças ou lesões indicadas na declaração de saúde, não poderei tampouco meus dependentes inscritos no plano de saúde, realizar pelo plano de saúde contratado, procedimentos que necessitem de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade antes que cumprido o prazo de 24 meses de CPT, pelo que firmo a presente declaração, a qual será tida por firme e valiosa em qualquer tempo e lugar.

|  |
| --- |
|       |
| **LOCAL E DATA DE VIGÊNCIA** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |
| **BENEFICIÁRIO(A) TITULAR** |  | **MÉDICO ORIENTADOR** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **ASSINATURA DO(A) TITULAR E/OU RESPONSÁVEL** |  | **ASSINATURA DO(A) MÉDICO(A) ORIENTADOR(A)** |

**DECLARAÇÃO**

[ ]  Plano Coletivo / Adesão

[ ]  Plano Coletivo / Empresarial

[ ]  Plano Individual / Familiar

[ ]  Plano Referência

Pelo presente instrumento, **DECLARO**, para os devidos fins e efeitos, que, nesta data, recebemos da

UNIMED SOBRAL– SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA., inscrita no CNPJ sob o nº 07.649.106./0001-60, Operadora de plano de Saúde registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 30317-8 com sede na Av. Dom José Tupinambá da Frota, nº 1951,Centro - CEP 62010-290, em Sobral/CE, o **Guia de LeituraContratual – GLC**, o **Manual de Orientação** para contratação de planos de saúde - MPS, a que se refere a resolução Normativa nº 195 e demais dispositivos de regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS , e o **Guia Médico** na versão atualizada (impresso ou por e-mail), pelo que afirmo a presente declaração, a qual será tida por firme e valiosa em qualquer tempo e lugar.

|  |
| --- |
| **NOME DO(A) BENEFICIÁRIO(A)** |
| Titular)      |
| Dep.1)      |
| Dep.2)      |
| Dep.3)      |
| Dep.4)      |
| Dep.5)      |
|  Dep.6)      |

|  |
| --- |
|       |
| **LOCAL E DATA DE VIGÊNCIA** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **ASSINATURA DO(A) TITULAR E/OU RESPONSÁVEL** |  | **ASSINATURA DO(A) REPRESENTANTE COMERCIAL** |

**DECLARAÇÃO DAS PRINCIPAIS CARÊNCIAS**

Para conhecimento de todas as carências, limitações de coberturas e procedimentos não cobertos, deve ser consultado o contrato firmado entre as partes.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SERVIÇOS:** | **PRAZO NORMAL** **DE CARÊNCIAS** | **CARÊNCIA REDUZIDA (TITULAR)** | **CARÊNCIA REDUZIDA (DEP. 1)** | **CARÊNCIA REDUZIDA** **(DEP. 2)** | **CARÊNCIA REDUZIDA** **(DEP. 3)** |
| Urgência / emergência | **24 HORAS** |       |       |       |       |
| Consultas médicas | **30 DIAS** |       |       |       |       |
| Exames laboratoriais de rotina | **30 DIAS** |       |       |       |       |
| Raios-x simples | **30 DIAS** |       |       |       |       |
| Endoscopia | **90 DIAS** |       |       |       |       |
| Ultrassonografia | **90 DIAS** |       |       |       |       |
| Fisioterapia | **90 DIAS** |       |       |       |       |
| Ecocardiograma | **90 DIAS** |       |       |       |       |
| Teste ergométrico | **90 DIAS** |       |       |       |       |
| Acupuntura | **90 DIAS** |       |       |       |       |
| Prova de Holter | **90 DIAS** |       |       |       |       |
| Cintilografia | **90 DIAS** |       |       |       |       |
| Densitometria óssea | **90 DIAS** |       |       |       |       |
| Nutricionista | **90 DIAS** |       |       |       |       |
| ––Tomografia computadorizada | **180 DIAS** |       |       |       |       |
| Cirurgia eletiva em ambulatório | **180 DIAS** |       |       |       |       |
| Hemodinâmica | **180 DIAS** |       |       |       |       |
| Internação clínica / cirúrgica | **180 DIAS** |       |       |       |       |
| Ressonância magnética | **180 DIAS** |       |       |       |       |
| Litotripsia | **180 DIAS** |       |       |       |       |
| Quimioterapia | **180 DIAS** |       |       |       |       |
| Radioterapia | **180 DIAS** |       |       |       |       |
| Diálise e hemodiálise | **180 DIAS** |       |       |       |       |
| Escleroterapia de varizes | **180 DIAS** |       |       |       |       |
| Psicoterapia | **180 DIAS** |       |       |       |       |
| Fonoaudiologia | **180 DIAS** |       |       |       |       |
| Terapia Ocupacional | **180 DIAS** |       |       |       |       |
| Internação decorrente de transtornos psiquiátricos e/ou por dependência química | **180 DIAS** |       |       |       |       |
| Demais serviços | **180 DIAS** |       |       |       |       |
| Partos a termo | **300 DIAS** |       |       |       |       |
| Internações e tratamentos de doenças e lesões pré-existentes | **730 DIAS** |       |       |       |       |

Beneficiário (a) Titular/Dependente ciente que haverá cumprimento das carências conforme mencionado acima.

[ ]  Carência contratual normal, conforme ANS. [ ]  Dispensa ou Redução de carências.

|  |  |
| --- | --- |
| Observação: |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |
| **LOCAL E DATA DE VIGÊNCIA** |  | **ASSINATURA DO(A) TITULAR E/OU RESPONSÁVEL** |

**FORMULÁRIO DE VARIAÇÃO**

1. Os percentuais estão definidos de acordo com as regras da Resolução Normativa n° 63 da ANS. As faixas etárias e os percentuais de reajuste são:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FAIXAS** | **IDADES** | **VARIAÇÃO (%)** |
| 1ª | 00 – 18 anos | - |
| 2ª | 19 – 23 anos | 14,99% |
| 3ª | 24 – 28 anos | 15,02% |
| 4ª | 29 – 33 anos | 14,99% |
| 5ª | 34 – 38 anos | 10,00% |
| 6ª | 39 – 43 anos | 15,01% |
| 7ª | 44 – 48 anos | 26,83% |
| 8ª | 49 – 53 anos | 33,53% |
| 9ª | 54 – 58 anos | 33,00% |
| 10ª | >= 59 anos | 37,39% |

1. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.
2. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.
3. A variação de preços em razão de mudança de faixa etária incidirá apenas quando o BENEFICIÁRIO completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao do seu aniversário.
4. Os BENEFICIÁRIOS com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade, ou seja, com 60 ou mais anos, estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.
5. O contratante obriga-se a pagar a Unimed, por si e por seus dependentes inscritos neste contrato, os valores correspondentes as mensalidades iniciais previstas na tabela de preços vigente, de acordo com as faixas etárias e variações percentuais que venham ocorrer.

|  |
| --- |
|       |
| **LOCAL E DATA DE VIGÊNCIA** |
|  |
| **ASSINATURA DO(A) TITULAR E/OU RESPONSÁVEL** |