

PROPOSTA/CONTRATO DE ADESÃO

1 – Dados do(a) Titular *(Inserir nome do vínculo Chesf/Fachesf)*

Nome titular:	Matrícula:
---------------	------------

2 – Dados do agregado(a)

Nome completo				Matrícula
Nome Social				Data de nascimento
Gênero	Sexo	Lotação	Data de admissão	CNS
CPF	RG	Orgão expedidor/ UF	Estado Civil	Grau de parentesco
Filiação – Nome do Pai				
Filiação – Nome da Mãe				
CEP	Endereço			Número
Complemento		Bairro	Cidade	UF
Telefone Residencial		Telefone Celular	E-mail	

3 – Dados Bancários

Banco	Agência	Conta Corrente
-------	---------	----------------

4. Seleção do plano

<input type="checkbox"/> Essencial	<input type="checkbox"/> Básico
<input type="checkbox"/> Premium	<input type="checkbox"/> Padrão
<input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Especial



5 – Declaração

5.1 – Declaro que, ao assinar a presente proposta/contrato de adesão, tomei conhecimento do regulamento, aceitando em sua totalidade.

5.2 – Declaro ainda:

- i) estar ciente de que com a assinatura no presente documento e pagamento da primeira mensalidade, meus dependentes aqui declarados e eu, passamos a ser beneficiários do plano escolhido neste documento.
- ii) estar ciente de que as coberturas asseguradas pelo plano escolhido deverão observar os períodos de carência estabelecidos no regulamento do plano;
- iii) estar ciente de que, para a validade do presente documento não pode haver dívidas em aberto junto à LUMINAR SAÚDE;
- iv) estar ciente de que, para a validade do presente documento, eu e meus dependentes devemos preencher todos os requisitos estabelecidos no plano;
- v) que quando for de necessidade e exigência da LUMINAR SAÚDE, estarei à disposição para prestar esclarecimentos, e se houver necessidade, num prazo de até 3 dias úteis, encaminharei documentação necessária;
- vi) que me responsabilizo pela fidedignidade das informações prestadas neste documento, obrigando-me a indenizar a LUMINAR SAÚDE nos termos do regulamento do plano e Estatuto Social da LUMINAR SAÚDE;
- vii) Declaro estar ciente de que é de minha exclusiva responsabilidade comunicar e promover, junto à operadora de saúde, a atualização de quaisquer alterações nos meus dados pessoais e de meus dependentes aqui informados, especialmente endereço, telefone e endereço eletrônico.
- viii) que é de meu conhecimento que o valor da mensalidade do plano é fixado por faixa etária, e o referido valor é passível de reajuste anual para fins de sustentabilidade econômico-financeira ou atuarial do plano, ou quando da minha idade ou de meus dependentes aqui declarados, alterar conforme as faixas etárias.
- ix) **Carências:** Declaro ciente que conforme os regulamentos dos planos, eu e meu grupo familiar podemos estar sujeitos ao cumprimento dos períodos de carência, caso não cumpra os requisitos para isenção de carência descritos nos regulamentos dos planos;
- x) **Portabilidade:** Conforme disposto no Art. 3º da RN 438 de 2018, para realizar a portabilidade de carências, devem ser atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:
 - 1 - O vínculo do beneficiário com o plano de origem deve estar ativo;
 - 2 - O beneficiário deve estar adimplente junto à operadora do plano de origem;
 - 3 - O beneficiário deve ter cumprido prazo de permanência:
 - a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária; ou
 - b) nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem ou no mínimo dois anos na hipótese em que o beneficiário tenha exercido a portabilidade para um plano de destino que possuía coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem.



6 – Autorização

[] Autorizo a **LUMINAR SAÚDE** a proceder com a cobrança das despesas relativas ao plano de saúde indicado, abrangendo mensalidades e coparticipações de agregados. A quitação poderá ocorrer mediante a emissão de boleto bancário ou, quando aplicável, por meio de desconto em folha de pagamento, conforme as regras vigentes e a categoria de contratação.

Local e Data: _____, _____ de _____ de 20_____

Mês para Início do Plano: _____ de 20_____

*Respeitados os prazos estipulados conforme calendário de adesão

Assinatura do(a) Titular

Assinatura do agregado(a)

A análise desta proposta fica condicionada à entrega da cópia da documentação exigida, e seu deferimento em consonância com as normas vigentes. Após o processamento e deferimento, o referido documento torna-se válido como contrato de adesão, recebendo o titular uma via deste.

DOCUMENTAÇÃO (Cópia simples)

Titular: RG / CPF / Carteira de trabalho comprovando o vínculo com as patrocinadoras ou comprovante de vínculo com a previdência, para o caso de beneficiários da Fatchesf. Dados bancários e Comprovante de residência.

Cônjuge: Certidão de Casamento Atualizada / CPF / RG

Companheiro (a): Certidão de União Estável Atualizada / CPF / RG

Filho (a) e Enteado (a) menor de 21 anos:

CPF

Até 16 anos: Certidão de Nascimento

Acima de 16 anos: RG

Pacto de convivência com o titular, emitido em cartório e declaração de IR do titular constando a dependência para o caso de enteado (a) Declaração no ato da adesão de que o dependente não é emancipado (a);

Filho (a) e Enteado (a) menor de 24 anos quando universitário, limitada a primeira graduação: RG / CPF / Declaração de matrícula atualizada, naquele semestre / Pacto de convivência com o titular, emitido em cartório e declaração de IR do titular constando a dependência para o caso de enteado (a).

Curatelado (a): CPF / certidão de nascimento (até 16 anos) / RG (maior de 16 anos) / termo de curatela.

Menor sob guarda em processo de adoção: CPF / certidão de nascimento (até 16 anos) / RG (maior de 16 anos) / comprovante da guarda.

Agregados: Rg, CPF, comprovante de endereço, dados bancários e documento que comprove o vínculo (Parentesco) com o titular



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 problemas 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 **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 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**.

Número de Registro da Operadora 41.837-4		Número de Registro do Plano	
1. BENEFICIÁRIO(A) TITULAR			
Nome		CPF	MATRÍCULA
Sexo (M/F)	Data de Nascimento	Nome da mãe ou número do PIS/PASEP/NIT	
DDD Telefone Residencial	DDD Celular	DDD Telefone Comercial / Fax	
2. BENEFICIÁRIO(A) AGREGADO			
Nome		Sexo (M/F)	Número da Proposta de Adesão
Nome da mãe ou número do PIS/PASEP/NIT		Data de Nascimento	Parentesco
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Município	CEP	UF
DDD Telefone Residencial	DDD Celular	DDD Telefone Comercial / Fax	

DEFINIÇÕES:

1 – Declaração de Saúde: Formulário desenvolvido pela LUMINAR SAÚDE para registro pelo Beneficiário das Doenças e Lesões Preexistentes;

2 – Doenças e Lesões Preexistentes (DLP): 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;

3 – Cobertura Parcial Temporária (CPT): 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 DLP declaradas pelo Beneficiário ou seu representante legal;



Questionário a ser respondido pelo Beneficiário, de próprio punho		Resposta Sim" ou "Não"
01	É portador (a) de doenças do aparelho cardiocirculatório, veias e artérias? (Pressão alta, angina, infarto, sopro cardíaco, má formações congênitas, arritmias entre outras, inclusive congênitas, varizes, flebites)	
02	É portador (a) de doenças endócrinas ou metabólicas? (Diabetes, tireóide, obesidade, outros distúrbios hormonais, inclusive congênitos)	
03	É portador (a) de problemas pulmonares? (Asma, bronquite, efizema, insuficiência respiratória, inclusive congênitas entre outras)	
04	É portador (a) de doenças do aparelho digestivo? (Fígado: hepatite, cirrose – Estômago: gastrite, úlcera, hérnia – Intestino preso, diarreias frequentes, hemorroidas, - esôfago, pedra na vesícula biliar, pâncreas, doenças congênitas entre outras)	
05	É portador de doenças dos órgãos genitais masculinos? (Próstata, testículo, pênis) – impotência, esterilidade, varicocele, inclusive doença congênita.	
06	É portadora de doenças ginecológicas e das mamas? (Períneo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, esterilidade, doenças congênitas entre outras)	
07	É portador (a) de problemas urinários renais ou da bexiga? (Cálculos, infecções dos rins, insuficiência renal, incontinência urinária, inclusive doenças congênitas, entre outras.	
08	É portador (a) de doenças infectocontagiosas? (Relacionadas ao vírus HIV, lepra, tuberculose, entre outras)	
09	É portador (a) de alguma doença do sangue? (Anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, sangramentos, entre outras)	
10	É portador (a) de alguma doença do ouvido, nariz ou garganta? (Diminuição da audição, perfuração do tímpano, infecções frequentes, problemas de adenoide, tumor, desvio de septo, sinusite, amigdalite crônica entre outras, inclusive congênitas.)	
11	É portador (a) de doenças oftalmológicas? (Miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, pterígio, estrabismo, problemas ou alterações de retina, entre outros)	
12	É portador (a) de doenças ou más formações (defeitos) congênitas ou hereditárias (familiares)?	
13	É portador (a) de alguma doença neurológica? (Derrame cerebral, epilepsia, convulsões, desmaios, aneurisma cerebral, dores de cabeça frequentes, paralisia cerebral, Parkinson, esclerose múltipla, deficiência mental ou motora (movimentação dos membros), entre outras, inclusive congênitas)	
14	É portador (a) de doenças ou tumorações malignas ou benignas (câncer)?	
15	Sofre de algum transtorno psiquiátrico? (Psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outros)	
16	É portador (a) de alguma dependência química? (Álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras)	



INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

- 1 – O Beneficiário declara estar ciente de que tem o direito de ser orientado no preenchimento da Declaração de Saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela **LUMINAR SAÚDE**, ou de optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção;
- 2 – Quanto a orientação pelo médico para preenchimento da Declaração de Saúde, o Beneficiário declara que opta por:
- Dispensar a orientação do médico;
- Ser orientado por médico indicado pela **LUMINAR SAÚDE**, sem ônus;
- Ser orientado por médico a sua escolha assumindo o ônus financeiro.
- 3 – O Beneficiário Titular declara estar ciente de que identificada qualquer omissão no preenchimento da Declaração de Saúde, poderá ser excluído do plano da **LUMINAR SAÚDE** além de ser responsável pelas despesas de todos os procedimentos que seriam objeto de CPT relacionados às DLP omitidas;
- 4 – O Beneficiário Titular declara para todos os fins que as informações prestadas na Declaração de Saúde, relativas a si e a seus dependentes, são verdadeiras e completas, assumindo toda a responsabilidade civil e penal decorrentes;
- 5 – O Beneficiário Titular se compromete a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada, estando ciente que poderá ser convocado para eventual perícia médica;
- 6 – O Beneficiário expressamente concorda com a aplicação de CPT para todas as DLP já identificadas nessa Declaração. Identificadas outras DLP durante a entrevista qualificada, por perícia ou outros meios legalmente aceitos, a **LUMINAR SAÚDE** notificará o Beneficiário Titular na forma estabelecida na regulamentação.

Para uso exclusivo do Médico Orientador (caso o Beneficiário Titular opte por ser orientado no preenchimento da Declaração de Saúde)

Declaro que orientei o Beneficiário durante o preenchimento dessa Declaração de Saúde.

Nome

Nº CRM

Assinatura e Carimbo



OBSERVAÇÕES FINAIS:

Local e data

Assinatura do(a) Beneficiário(a) Titular (ou
Responsável Legal)

Assinatura do(a) Beneficiário(a)
Dependente/agregado

