

# PROPOSTA DE ADESÃO SEGURO SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO



Válida para os estados: AC-AL-AM-AP-CE-MA-PA-PB-PI-RN-RO-RR-SE

Registro ANS 41420-4

Registro ANS 006246

Início de Vigência: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº

SEGURADORA **SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE** SUBESTIPULANTE  
ESTIPULANTE **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.**

Nome Completo Titular (00)		Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data Nasc.	CPF	Prêmio Mensal
Documento de identificação		C.N.S		Nome da Mãe			
Endereço para correspondência		Complemento	Bairro	CEP	Cidade	UF	
Fone Fixo		Fone Celular		E-mail			
Nome Completo Dependente (01)		Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data Nasc.	CPF	Prêmio Mensal
Documento de identificação		C.N.S		Nome da Mãe			
Nome Completo Dependente (02)		Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data Nasc.	CPF	Prêmio Mensal
Documento de identificação		C.N.S		Nome da Mãe			
Nome Completo Dependente (03)		Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data Nasc.	CPF	Prêmio Mensal
Documento de identificação		C.N.S		Nome da Mãe			
Nome Completo Dependente (04)		Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data Nasc.	CPF	Prêmio Mensal
Documento de identificação		C.N.S		Nome da Mãe			

ASSINALE ABAIXO O PLANO PRETENDIDO	PLANOS	NOME COMERCIAL DO PLANO NA ANS	PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	REGISTRO NA ANS	COPARTICIPAÇÃO
<input type="checkbox"/>	Referência	Referência Adesão Trad. 10 REF QC	Quarto Coletivo	466.057/11-9	Não
<input type="checkbox"/>	Exato-Enfermaria	Exato Adesão Trad. 16 F AHO QC	Quarto Coletivo	476.927/16-9	Não
<input type="checkbox"/>	Exato-Apartamento	Exato Adesão Trad. 16 F AHO QP	Apartamento	476.941/16-4	Não
<input type="checkbox"/>	Especial 100 R.1	Especial 100 Adesão Trad. 16 F AHO QP	Apartamento	476.937/16-6	Não
<input type="checkbox"/>	Especial 100 R.2				
<input type="checkbox"/>	Especial 100 R.3				
<input type="checkbox"/>	Executivo R.1	Executivo Adesão Trad. 16 F AHO QP	Apartamento	476.934/16-1	Não
<input type="checkbox"/>	Executivo R.2				
<input type="checkbox"/>	Executivo R.3				
<input type="checkbox"/>	Exato-Enfermaria	Exato Adesão Trad. 16 F AHO QC COP	Quarto Coletivo	476.942/16-2	Sim
<input type="checkbox"/>	Exato-Apartamento	Exato Adesão Trad. 16 F AHO QP COP	Apartamento	476.939/16-2	Sim
<input type="checkbox"/>	Especial 100 R.1	Especial 100 Adesão Trad. 16 F AHO QP COP	Apartamento	476.936/16-8	Sim
<input type="checkbox"/>	Especial 100 R.2				
<input type="checkbox"/>	Especial 100 R.3				
<input type="checkbox"/>	Executivo R.1	Executivo Adesão Trad. 16 F AHO QP COP	Apartamento	476.932/16-5	Sim
<input type="checkbox"/>	Executivo R.2				
<input type="checkbox"/>	Executivo R.3				

## CARÊNCIAS

CONSULTAS - 15 DIAS | EXAMES - DE 15 A 180 DIAS | INTERNAMENTO / TERAPIAS / DEMAIS PROCEDIMENTOS - 180 DIAS | PARTO A TERMO - 300 DIAS

**ESTE PRODUTO POSSUI APLICAÇÃO DE CARÊNCIAS E DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA CONFORME NORMATIVA DA ANS.**

Declaro neste ato, que:

a) Recebi o **MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE (MPS)**, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, antes da assinatura da presente proposta e compreendi o seu interior teor.

b) Li o teor do **CONTRATO DE SEGURO SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO**, estipulado pela Extramed Administração e Serviços Médicos Ltda, compreendi adequadamente todos os seus termos, não restando qualquer dúvida quanto ao alcance e ao conteúdo das suas cláusulas.

c) Estou ciente que a Seguradora se reserva ao direito de analisar as declarações prestadas no cartão proposta, para decidir sobre a implantação de cobertura parcial temporária, tendo para tanto o prazo de 15 dias da data do protocolo desta documentação na mesma.

d) Tenho ciência de que não estou contratando um plano individual, mas sim plano coletivo por adesão que possui regras diferentes dos planos individuais.

e) Tenho ciência que o meu contrato possui também variação de valores por mudança de faixa etária e que tive conhecimento dos percentuais de reajuste de cada mudança de faixa etária até os 59 anos.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**IMPORTANTE: A EXTRAMED NÃO COBRA TAXA DE ADESÃO. PORTANTO É EXPRESSAMENTE PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER VALOR NA ASSINATURA DA PROPOSTA. A COBRANÇA DA PRIMEIRA PARCELA SERÁ EFETUADA ATRAVÉS DE BOLETO OU DÉBITO EM C/C. O GUIA DE LEITURA CONTRATUAL DEVERÁ SER ASSINADO E ENCAMINHADO A EXTRAMED JUNTAMENTE COM ESTA PROPOSTA**

# PROPOSTA DE ADEÇÃO SEGURO SAÚDE COLETIVO POR ADEÇÃO

Válida para os estados: AC-AL-AM-AP-CE-MA-PA-PB-PI-RN-RO-RR-SE

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:



Registro ANS 41420-4

OPERADORA:



Registro ANS 006246

## Características do Seguro

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	NACIONAL
PERMANÊNCIA DE FILHOS SOLTEIROS NO SEGURO	Sem Limite
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
VIGÊNCIA DA APÓLICE	Annual (Setembro)
PRAZO REEMBOLSO	30 DIAS (MÁXIMO)
REMISSÃO DO PAGAMENTO POR MORTE DO TITULAR	Não possui

## Reajustes / Variação de Prêmios por Mudança de Faixa Etária

SINISTRALIDADE	SIM, COM BASE NA AVALIAÇÃO ANUAL (SETEMBRO) DA APÓLICE MESTRA DA EXTRAMED.
FINANCEIRO	SIM, COM BASE NA AVALIAÇÃO ANUAL (SETEMBRO) DA APÓLICE MESTRA DA EXTRAMED.
FAIXA ETÁRIA	SIM

PLANOS	REFERÊNCIA	EXATO ENFERMARIA	EXATO APARTAMENTO	ESPECIAL 100 R1	ESPECIAL 100 R2	ESPECIAL 100 R3	EXECUTIVO R1	EXECUTIVO R2	EXECUTIVO R3
<b>Reembolso Segurado não Internado</b>									
Valor da USR R\$0,73136									
CONSULTAS MÉDICAS	1,1xTAB(*)	1,1xTAB(*)	1,1xTAB(*)	2,9xTAB(*)	3,4xTAB(*)	5,1xTAB(*)	6,5xTAB(*)	8,0xTAB(*)	11,0xTAB(*)
DIAGNOSE E TERAPIA	0,6xTAB(*)	0,6xTAB(*)	0,6xTAB(*)	1,0xTAB(*)	1,0xTAB(*)	3,0xTAB(*)	3,0xTAB(*)	3,0xTAB(*)	4,0xTAB(*)
<b>Reembolso Segurado Internado</b>									
Valor da USR R\$0,73136									
HONORÁRIOS MÉDICOS	0,6xTAB(*)	0,6xTAB(*)	1,2xTAB(*)	2,0xTAB(*)	3,6xTAB(*)	5,3xTAB(*)	4,0xTAB(*)	8,0xTAB(*)	9,5xTAB(*)
DIÁRIAS E DESPESAS HOSPITALARES	0,6xTAB(*)	0,6xTAB(*)	0,6xTAB(*)	1,0xTAB(*)	1,0xTAB(*)	1,0xTAB(*)	4,0xTAB(*)	4,0xTAB(*)	4,0xTAB(*)
SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA	0,6xTAB(*)	0,6xTAB(*)	0,6xTAB(*)	1,0xTAB(*)	1,0xTAB(*)	3,0xTAB(*)	3,0xTAB(*)	3,0xTAB(*)	4,0xTAB(*)

TAB(\*) - TABELA SUL AMÉRICA SAÚDE

## TABELA DE VALORES - SEM COPARTICIPAÇÃO

FAIXAS ETÁRIAS	REFERÊNCIA	EXATO ENFERMARIA	EXATO APARTAMENTO	ESPECIAL 100 R1	ESPECIAL 100 R2	ESPECIAL 100 R3	EXECUTIVO R1	EXECUTIVO R2	EXECUTIVO R3
00 a 18 anos	373,64	293,79	321,03	426,88	445,92	514,86	854,75	1.025,19	1.122,37
19 a 23 anos	514,57	404,60	442,12	587,90	614,12	709,06	1.177,17	1.411,90	1.545,72
24 a 28 anos	558,93	439,47	480,22	638,58	667,06	770,18	1.278,64	1.533,59	1.678,96
29 a 33 anos	663,23	521,48	569,84	757,74	791,53	913,90	1.517,22	1.819,77	1.992,25
34 a 38 anos	723,59	568,94	621,70	826,69	863,56	997,07	1.655,30	1.985,36	2.173,55
39 a 43 anos	800,93	629,75	688,16	915,05	955,89	1.103,64	1.832,25	2.197,59	2.405,92
44 a 48 anos	915,23	719,63	786,35	1.045,63	1.092,29	1.261,13	2.093,71	2.511,20	2.749,23
49 a 53 anos	1.125,63	885,10	967,13	1.286,02	1.343,41	1.551,07	2.575,06	3.088,53	3.381,28
54 a 58 anos	1.401,53	1.102,00	1.204,16	1.601,22	1.672,67	1.931,24	3.206,20	3.845,52	4.210,03
59 anos ou mais	2.241,67	1.762,59	1.925,99	2.561,08	2.675,35	3.088,93	5.128,17	6.150,73	6.733,74

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL EM 01/09/2019 INDEPENDENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL.

## TABELA DE VALORES - COM COPARTICIPAÇÃO

FAIXAS ETÁRIAS	EXATO ENFERMARIA	EXATO APARTAMENTO	ESPECIAL 100 R1	ESPECIAL 100 R2	ESPECIAL 100 R3	EXECUTIVO R1	EXECUTIVO R2	EXECUTIVO R3
00 a 18 anos	249,71	272,88	362,85	379,03	437,63	726,53	871,41	954,01
19 a 23 anos	343,91	375,82	499,72	522,00	602,70	1.000,59	1.200,11	1.313,85
24 a 28 anos	373,55	408,21	542,80	566,99	654,65	1.086,84	1.303,54	1.427,10
29 a 33 anos	443,26	484,38	644,08	672,79	776,81	1.289,65	1.546,78	1.693,40
34 a 38 anos	483,60	528,45	702,70	734,01	847,50	1.407,02	1.687,54	1.847,50
39 a 43 anos	535,28	584,95	777,81	812,49	938,10	1.557,43	1.867,94	2.045,00
44 a 48 anos	611,67	668,41	888,81	928,43	1.071,96	1.779,67	2.134,50	2.336,82
49 a 53 anos	752,29	822,08	1.093,14	1.141,88	1.318,42	2.188,83	2.625,21	2.874,06
54 a 58 anos	936,69	1.023,59	1.361,06	1.421,77	1.641,57	2.725,32	3.268,64	3.578,49
59 anos ou mais	1.498,18	1.637,18	2.176,95	2.274,06	2.625,60	4.358,99	5.228,04	5.723,61

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL EM 01/09/2019 INDEPENDENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL.

## VALORES DE COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO

PLANOS	EXATO ENFERMARIA	EXATO APARTAMENTO	ESPECIAL 100 R1	ESPECIAL 100 R2	ESPECIAL 100 R3	EXECUTIVO R1	EXECUTIVO R2	EXECUTIVO R3
CONSULTA ELETIVA	25,00	25,00	35,00	35,00	35,00	35,00	35,00	35,00
PS	50,00	50,00	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00
EXAMES SIMPLES	3,00	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
EXAMES COMPLEXOS	25,00	25,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00
FISIOTERAPIA	3,50	3,50	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
FONOAUDILOGIA	3,50	3,50	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
DEMAIS PROCEDIMENTOS	3,50	3,50	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
PSICOTERAPIA	3,50	3,50	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
INTERNAÇÕES	250,00	250,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00	500,00

## INFORMAÇÕES BANCÁRIAS PARA REEMBOLSO

Nº do Banco  Agência  Conta Corrente  CPF do Titular da Conta Corrente

Nome do Banco  Nome do Titular da Conta Corrente

FORMA DE PAGAMENTO -  Boleto Bancário  Débito Bancário (sendo opção de débito, preencher autorização de débito anexada a proposta)

## FORMA DE DISPONIBILIZAÇÃO DO BOLETO:

E-mail  Site - [www.extramed.com.br](http://www.extramed.com.br) | A EXTRAMED NÃO ENVIA BOLETO FÍSICO

- Autorizo receber da Extramed Administradora de Benefícios informações sobre o meu benefício contratado, disponibilizado através de mailing eletrônico e/ou telefônico (e-mail, SMS, WhatsApp, outros).
- Autorizo receber da Extramed Administradora de Benefícios informações sobre o meu benefício contratado, disponibilizado através de mailing eletrônico e/ou telefônico, bem como mensagens exclusivas de produtos e/ou benefícios (e-mail, SMS, WhatsApp, outros).

Corretor: \_\_\_\_\_ Representante: \_\_\_\_\_ Consultor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data Assinatura

**IMPORTANTE: A EXTRAMED NÃO COBRA TAXA DE ADEÇÃO. PORTANTO É EXPRESSAMENTE PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER VALOR NA ASSINATURA DA PROPOSTA. A COBRANÇA DA PRIMEIRA PARCELA SERÁ EFETUADA ATRAVÉS DE BOLETO OU DÉBITO EM C/C. O GUIA DE LEITURA CONTRATUAL DEVERÁ SER ASSINADO E ENCAMINHADO A EXTRAMED JUNTAMENTE COM ESTA PROPOSTA**

## 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 do FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

### O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE

É um 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 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 à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo do valor da mensalidade, para 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 de 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 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.**

#### Beneficiário

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

#### Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Declaração de Saúde

Temos ciência de que a Declaração de Saúde deverá ser preenchida de próprio punho, independente do auxílio do Médico Orientador, por cada um dos Titulares componentes do Grupo Segurável, sendo responsáveis também pelos seus dependentes, e que todos leram e estão cientes do conteúdo da cláusula “Doenças e Lesões Preexistentes”, conforme descrito nas condições gerais do contrato de seguro saúde. Não serão aceitas Declarações com rasuras.

**“S” = SIM**  
**“N” = NÃO**

Item	Válida para Titular e Dependente(s). Em caso de resposta afirmativa, especifique no Quadro Descritivo, na página seguinte. É portador de:	T 00	D 01	D 02	D 03	D 04
1	Doenças do aparelho cardio-circulatório (hipertensão, angina, infarto, derrames, arritmias cardíacas, entre outras)?					
2	Doenças das veias e artérias (varizes, trombozes, aneurismas, hemorróidas, entre outras)?					
3	Doenças endócrinas e/ou metabólicas (diabetes, transtornos da glândula tireóide, entre outras)?					
4	Doenças do aparelho digestivo (gastrite, úlcera, esofagite, pancreatite, varizes de esôfago, diverticulites, doença de Crohn, entre outras)?					
5	Hérnias (hiato, inguinal, umbilical, entre outras)?					
6	Doenças renais ou da bexiga (insuficiência renal, rins policísticos, anomalias da pelve renal, do ureter, bexiga e uretra, cálculos renais, entre outras)?					
7	Doenças dos órgãos genitais masculinos (hiperplasia de próstata, hidrocele, impotência, entre outras)?					
8	Doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, entre outras)?					
9	Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfizema, pneumonias de repetição, entre outras)?					
10	Doenças do ouvido, nariz ou garganta (diminuição da audição, problemas de adenóide, colesteatoma, desvio de septo, entre outras)?					
11	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, retinopatias, entre outras)?					
12	Doenças ou mal formações congênitas ou hereditárias ?					
13	Doenças imunológicas (AIDS ou é portador do vírus HIV, entre outras)?					
14	Doenças ou tumorações benignas ou malignas (câncer)?					
15	Doenças reumáticas (artrites, febre reumática, entre outras)?					
16	Doenças neurológicas (epilepsia, derrame, paralisia cerebral, Parkinson, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, entre outras)?					
17	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outras)?					
18	Transtornos de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras)?					
19	Doenças ginecológicas e das mamas (transtornos do períneo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, entre outras)?					
20	Doenças da pele (psoríase, dermatite, alergias, entre outras)?					
21	Doenças infecto-contagiosas (hepatites A, B, C, D e/ou E, tuberculose, entre outras)?					
22	Doenças ortopédicas (artrose, hérnia de disco, fraturas, entre outras)?					
23	Obesidade mórbida?					
24	Alguma doença ou lesão não mencionada acima?					
25	Alguma internação?					
26	É portador de algum transtorno, desordem, desalinhamento e/ou deformidades das arcadas, maxilares, mandíbulas e/ou suas articulações? Há uso de aparelho ortodôntico?					
27	Indique no quadro de Peso e Altura as informações sobre você e seus dependentes.					
<b>Unidade de Medida</b>	<b>Titular 00</b>	<b>Dependente 01</b>	<b>Dependente 02</b>	<b>Dependente 03</b>	<b>Dependente 04</b>	
<b>Peso (Kg)</b>						
<b>Altura (m)</b>						

\* Obesidade mórbida = IMC superior a 40Kg/m<sup>2</sup> ou superior a 35Kg/m<sup>2</sup> e portador de doença crônica associada. O Índice de Massa Corpórea (IMC) é calculado dividindo-se o peso em quilogramas pela altura em metros, elevada ao quadrado:  $IMC = \text{Peso (em Kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (em metros)}$ .

Local e Data

Assinatura do Segurado Titular ou Responsável por menor de 18 anos



## ANEXO A PROPOSTA – INFORMAÇÕES SOBRE OS TIPOS DE CONTRATAÇÃO

(Redação dada pela RN - ANS nº 379, de 01/06/2015)

**Planos individuais ou familiares:** São aqueles contratados diretamente pelo beneficiário, com ou sem seu grupo familiar.

**Planos de saúde coletivos:** Se dividem em empresarial e coletivo por adesão. Os empresariais são contratados em decorrência de vínculo empregatício para seus funcionários. Os coletivos por adesão são contratados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para seus vinculados (associados ou sindicalizados, por exemplo). Na contratação destes planos pode haver a participação de Administradoras de Benefícios.

**Tanto os planos individuais quanto os planos coletivos são regulados pela ANS e** devem cumprir as exigências do órgão regulador com relação à assistência prestada e à cobertura obrigatória. **Veja as particularidades de cada tipo:**

	Plano Individual ou Familiar	Plano Coletivo por Adesão	Plano Coletivo Empresarial
Quem pode ingressar em um plano de saúde?	Qualquer indivíduo.	Indivíduo com vínculo à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial.	Indivíduo com vínculo a pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.
Carência	Até 24 horas para urgência e emergência*; 180 dias para demais casos (por exemplo, internação); e 300 dias para o parto a termo.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato coletivo; não há carência para novos filiados que ingressarem no plano em até 30 dias do primeiro aniversário do contrato após a sua filiação; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.
Cobertura parcial temporária (CPT) em caso de doença ou lesão preexistente (DLP)**	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade,	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade,	Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos

Local e data: \_\_\_\_\_ Assinatura do proponente responsável: \_\_\_\_\_

	leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica
<b>Rescisão pela operadora:</b>	A operadora poderá rescindir o contrato em caso de fraude ou por não pagamento de mensalidade a partir de 60 dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato. O consumidor deve ser notificado até o 50º dia da inadimplência	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão contratual e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.
<b>Reajuste:***</b>	Reajuste anual e limitado a índice divulgado pela ANS. Nos planos exclusivamente odontológicos o índice de reajuste deve estar estabelecido no contrato. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***

- \* Para maiores informações leia Resolução CONSU 13 de 03 de novembro de 1998;  
 \*\* Para maiores informações leia a Carta de Orientação ao Beneficiário, instituída pela Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007;  
 \*\*\* Incide o reajuste por mudança de faixa etária em todos os tipos de planos, conforme previsto em contrato.” (NR)

BRADESCO  ITAÚ  SANTANDER  BANCO DO BRASIL (código convênio 058754)

Titular Conta Corrente / Beneficiário(a): \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_

Estipulante: \_\_\_\_\_

Operadora: \_\_\_\_\_

Produto: \_\_\_\_\_

**Dados Bancários:**

Agência: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_

Conta Corrente: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_

**1) Da autorização**

O banco acima determinado, fica a partir desta data autorizado a debitar em minha conta corrente, o valor informado pela **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA, CNPJ 01.747.987/0001-75**, para quitação do compromisso acima descrito, na data do seu respectivo vencimento, via sistema de débito automático.

**2) Da provisão de saldo**

- I. Comprometo-me a provisionar e manter em minha conta corrente acima indicada, saldo suficiente para suportar o débito relativo a conta cadastrada, na data do seu respectivo vencimento.
- II. Caso não haja fundo suficiente e/ou disponível na conta corrente informada, para pagamento total da conta cadastrada, o banco, a seu exclusivo critério, poderá efetuar os correspondentes pagamentos, mediante a efetivação dos débitos na conta corrente informada até montante ali suficiente e/ou disponível. Com relação ao valor complementado pela instituição bancária acima, este será considerado como concedido aos clientes a título de Adiantamento a Depositante e transferido para o sistema de MORA do banco.
- III. Os valores concedidos a títulos de Adiantamento a Depositante nos termos do item anterior, deverão ser por mim restituídos ao banco acrescidos de juros calculados as taxas divulgadas no quadro de tarifas afixadas nas agências do banco que serão contabilizadas da data de concessão do adiantamento até a efetiva restituição.

**3) Do prazo de vigência**

A presente autorização vigorará por prazo indeterminado, podendo entretanto ser cancelada a qualquer tempo, por ambas as partes.

**4) Da confirmação de inclusão**

Esta autorização será confirmada pela **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA** por meio de mensagem específica no envio de comunicação da mensalidade. O cliente, desde já, declara-se ciente de que enquanto não houver a confirmação fica obrigado a quitar a mensalidade através de boleto bancário.

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular da Conta Corrente



## AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA CORRENTE

Extramed Administração e Serviços Médicos Ltda

Caixa Econômica Federal

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

R\$

\*ESTE VALOR NÃO DEVE SER PREENCHIDO, POIS SERÁ DEBITADO O VALOR DA MENSALIDADE.

Código da Agência	Nome da agência	Operação	Número Conta/DV
Nome do cliente			CPF
Nome do Convenente	Código do Conv	Identificação do Cliente (14 zeros + CPF)	
Extramed Adm. e Serviços Médicos LTDA	154182 11 0001	00000000000000	

001-Pessoa Física /003 – Pessoa Jurídica /013 – Poupança Pessoa Física/022 – Poupança Jurídica/023 – Conta Salário

**Importante: O débito será efetuado somente se houver saldo suficiente**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do titular da conta

\_\_\_\_\_  
Assinatura autorizada (Gerente Agência)

### 1) Da autorização

O banco acima determinado, fica a partir desta data autorizado a debitar em minha conta corrente, o valor informado pela **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA, CNPJ 01.747.987/0001-75**, para quitação do compromisso acima descrito, na data do seu respectivo vencimento, via sistema de débito automático.

### 2) Da provisão de saldo

- I. Comprometo-me a provisionar e manter em minha conta corrente acima indicada, saldo suficiente para suportar o débito relativo a conta cadastrada, na data do seu respectivo vencimento.
- II. Caso não haja fundo suficiente e/ou disponível na conta corrente informada, para pagamento total da conta cadastrada, o banco, a seu exclusivo critério, poderá efetuar os correspondentes pagamentos, mediante a efetivação dos débitos na conta corrente informada até montante ali suficiente e/ou disponível. Com relação ao valor complementado pela instituição bancária acima, este será considerado como concedido aos clientes a título de Adiantamento a Depositante e transferido para o sistema de MORA do banco.
- III. Os valores concedidos a títulos de Adiantamento a Depositante nos termos do item anterior, deverão ser por mim restituídos ao banco acrescidos de juros calculados as taxas divulgadas no quadro de tarifas afixadas nas agências do banco que serão contabilizadas da data de concessão do adiantamento até a efetiva restituição.

### 3) Do prazo de vigência

A presente autorização vigorará por prazo indeterminado, podendo entretanto ser cancelada a qualquer tempo, por ambas as partes.

### 4) Da confirmação de inclusão

Esta autorização será confirmada pela **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA** por meio de mensagem específica no envio de comunicação da mensalidade. O cliente, desde já, declara-se ciente de que enquanto não houver a confirmação fica obrigado a quitar a mensalidade através de boleto bancário.