



ANEXO I

(Planos ofertados, tabela de preços e variação por mudança de faixa etária)

PLANOS COM COBERTURA ESTADUAL

| | |
|--|--|
| <p>UNIMED FEDERATIVO MATO GROSSO ESSENCIAL Abrangência Geográfica: Estadual Área de Atuação: Todos os municípios do Estado de MT Padrão de Acomodação: Coletiva/Enfermaria Segmentação Assistencial: AHOb Registro na ANS nº 486.815/20-3</p> | <p>UNIMED FEDERATIVO MATO GROSSO MAIS Abrangência Geográfica: Estadual Área de Atuação: Todos os municípios do Estado de MT Padrão de Acomodação na Internação: Individual/Apartamento Segmentação Assistencial: AHOb Registro na ANS nº 486.814/20-5</p> |
|--|--|

UNIMED FEDERATIVO MATO GROSSO

| Faixa Etária | Essencial/Enfermaria | % de variação | Mais/Apartamento | % de variação |
|-----------------|----------------------|---------------|------------------|---------------|
| 00 a 18 anos | | | | |
| 19 a 23 anos | | | | |
| 24 a 28 anos | | | | |
| 29 a 33 anos | | | | |
| 34 a 38 anos | | | | |
| 39 a 43 anos | | | | |
| 44 a 48 anos | | | | |
| 49 a 53 anos | | | | |
| 54 a 58 anos | | | | |
| 59 anos ou mais | | | | |

Opcional Transporte Aeromédico: R\$ (...) por pessoa

PLANOS COM COBERTURA NACIONAL

| | |
|--|--|
| <p>UNIMED FEDERATIVO BRASIL ESSENCIAL Abrangência Geográfica: Nacional Área de Atuação: Todos os municípios do território nacional Padrão de Acomodação na Internação: Coletiva/Enfermaria Segmentação Assistencial: AHOb Registro na ANS nº 487.122/20-7</p> | <p>UNIMED FEDERATIVO BRASIL MAIS Abrangência Geográfica: Nacional Área de Atuação: Todos os municípios do território nacional Padrão de Acomodação na Internação: Coletiva/Apartamento Segmentação Assistencial: AHOb Registro na ANS nº 487.123/20-5</p> |
|--|--|

UNIMED FEDERATIVO BRASIL

| Faixa Etária | Essencial/Enfermaria | % de variação | Mais/Apartamento | % de variação |
|-----------------|----------------------|---------------|------------------|---------------|
| 00 a 18 anos | | | | |
| 19 a 23 anos | | | | |
| 24 a 28 anos | | | | |
| 29 a 33 anos | | | | |
| 34 a 38 anos | | | | |
| 39 a 43 anos | | | | |
| 44 a 48 anos | | | | |
| 49 a 53 anos | | | | |
| 54 a 58 anos | | | | |
| 59 anos ou mais | | | | |

Opcional Transporte Aeromédico: R\$ (...) por pessoa



ANEXO II

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO E OFERECIMENTO DO PLANO REFERÊNCIA
DOS BENEFICIÁRIOS

A **CONTRATANTE** (Razão Social da Entidade), pessoa jurídica de direito privado, com sede e estabelecida na cidade de xxxx, MT, na Rua xxxx, nº. xxxx, Bairro xxxxxxxx, com inscrição no CNPJ nº. xxxx, endereço eletrônico xxxxxx, neste ato representada pelo seu representante legal – Sr. xxxxxxxx, brasileiro, estado civil xxxx, profissão, residente e domiciliado em xxxxxx-MT, portador da Cédula de Identidade RG nº. xxxx xx/MT e do CPF nº. xxxxxx, em atendimento a previsão legal contida na Lei nº. 9.656, de 03 de junho de 1998, DECLARA para os devidos fins, que lhe foi oferecido e tomou conhecimento da disponibilidade em todos os termos do Plano Referência, Unimed Federativo Referência, coletivo por adesão, segmentação assistencial referência, registro nº ANS 486.759/20-9 que corresponde a cobertura ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, abrangência geográfica municipal em acomodação enfermagem, deixando, porém, de contratá-lo, optando no presente momento pelos Produtos Unimed Federativo, com registro na ANS nº. xxxx.

Por ser expressão de verdade, dato e firmo a presente declaração.

Cuiabá, MT, 11. de 04. de 2023.

ANEXO III

TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE AO
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR



Por este **TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE AO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR** eu, (nome do beneficiário titular), abaixo qualificado, na qualidade de associado e assinante do presente instrumento, venho solicitar a minha adesão, como beneficiário titular, e de meu(s) dependente(s) aqui relacionados, no **PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR – UNIMED FEDERATIVO MATO GROSSO MAIS** da **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO**, através do **CONVÊNIO** mantido entre a **AQQUER - ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.** e a entidade representativa, (Razão Social da Entidade), declarando que:

I – tenho pleno conhecimento e estou de acordo com as cláusulas e condições do presente **TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE AO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR** e do Contrato **DO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR – UNIMED FEDERATIVO MATO GROSSO MAIS**, do contrato do plano ao qual estou aderindo, e que se encontra disponível para consulta no endereço eletrônico www.aqquer.com.br

II – assumo integral responsabilidade pelas declarações abaixo, ciente de que caracteriza crime de falsidade ideológica a inexatidão de qualquer informação;

III – tenho conhecimento do valor da mensalidade com a qual passarei a arcar, ciente ainda de que, o custo mensal da assistência médica varia conforme a idade dos beneficiários inscritos e que quando ocorrer mudança de faixa etária, o valor da mensalidade será reajustado automaticamente;

IV – tenho conhecimento de que, além do reajuste por mudança de faixa etária, os valores das mensalidades são corrigidos em periodicidade mínima de 12(doze) meses do contrato principal, pelo índice de reajuste contratual e metodologia de equilíbrio ou outra variante determinada pela ANS.

V – comprometo-me a permanecer no plano por um período mínimo de 12 (doze) meses e efetuar o pagamento das mensalidades e coparticipação sob minha responsabilidade, exceto em caso de perda de vínculo com a entidade que me representa;

VI – reconheço expressamente e autorizo a entidade que me representa como a única parte legítima para negociar qualquer alteração ou modificação no contrato principal e seus aditivos, em especial o reajuste das mensalidades;

VII – concordo que o reajuste das mensalidades respeitará a data de aniversário do contrato com a (Razão Social da Entidade) que me representa sempre no mês de (.....), de cada ano, independente da data de adesão ao plano e que o reajuste por mudança de faixa etária será aplicado no mês seguinte ao do aniversário dos beneficiários, quando os valores serão alterados nos percentuais definidos neste **TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE AO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR**, dos quais tenho pleno conhecimento;



VIII – estou ciente de que este contrato pode ser rescindido por qualquer uma das partes e que é da entidade que me representa a obrigação de comunicar seus associados, cooperados ou sindicalizados sobre o cancelamento deste plano;

IX – estou ciente de que em caso de Morte do Titular, os dependentes sem vínculo direto com a entidade que me representa serão automaticamente excluídos do plano tendo direito de exercer a Portabilidade de Carências em até 60 (sessenta) dias da data da exclusão;

X – autorizo o envio e concordo em receber os documentos da adesão para preenchimento, rubrica e assinatura, por via eletrônica certificada, me obrigando a realizar a assinatura em até 2 dias úteis do recebimento, sob pena de cancelamento do processo.

XI – estou ciente de que se não pagar o boleto da primeira mensalidade na data de seu vencimento, o plano será cancelado imediatamente, resultando na exclusão de todos nele inscritos, sem prejuízo da **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.** realizar a cobrança de eventual utilização, nos valores da tabela de referência do plano e de inscrever o titular nos órgãos de proteção ao crédito, bem como da execução do débito;

XII – estou ciente que o Material Explicativo do Plano, o Glossário, a Tabela de Exames Simples, a Tabela de Reembolso e Coparticipação e demais informativos estão disponíveis para consulta no site da **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.** no endereço www.aqquer.com.br.

XIII – autorizo o envio do boleto de cobrança por e-mail e/ou WhatsApp, fornecidos abaixo, considerando como notificação e me obrigo a confirmar o recebimento em até 1 (um) dia útil.

XIV – estou ciente que foi oferecido o Plano Referência a (Razão Social da Entidade), que me representa, que corresponde a cobertura ambulatorial + hospitalar com obstetrícia em acomodação enfermaria, abrangência geográfica municipal, para a entidade da qual sou associado, deixando a mesma de contratá-lo, optando pelos Produtos da **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO** abaixo descrito.

1 – CARACTERÍSTICAS DO PLANO

| IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES | NOME/RAZÃO SOCIAL | CNPJ/CPF |
|--------------------------|---|--------------------|
| Entidade: | | |
| Associado: | | |
| Administradora: | Aqquer-Administradora de Benefícios Ltda. | 30.902.499/0001-93 |
| Operadora: | Unimed Federação do Estado de Mato Grosso | 02.511.261/0001-00 |

| DADOS DO PLANO CONTRATADO | |
|---------------------------------|--|
| Nome Comercial: | UNIMED FEDERATIVO MATO GROSSO MAIS |
| Registro na ANS: | nº. 486.814/20-5 |
| Tipo de Contratação: | Coletiva por Adesão |
| Segmentação Assistencial: | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia - AHOb |
| Área Geográfica de Abrangência: | Estadual |

CGO174-11 - SNUV



| | |
|-------------------------------------|--|
| Área de Atuação: | Todos os municípios do Estado de Mato Grosso |
| Padrão de Acomodação na Internação: | Coletiva (Apartamento) |
| Formação do Preço: | Preestabelecida |
| Serviços e Coberturas Adicionais: | Não há |

| DADOS CADASTRAIS DO TITULAR | | | | |
|-----------------------------|------------------|---------------------|----------------|------------------|
| Nome: | | Data de nascimento: | | Sexo: |
| Estado civil: | Nº CPF: | Nº CNS: | | Profissão (CBO): |
| Nº Identidade: | Órgão expedidor: | Data da expedição: | Nacionalidade: | Naturalidade: |
| Filiação do Titular: | Pai: | | | |
| | Mãe: | | | |

| ENDEREÇO DO TITULAR | | | | |
|---|-----------------|--|------------------------|--------------|
| Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc.): | | | Nº: | Complemento: |
| Bairro: | Cidade: | | CEP: | UF: |
| Fone Residencial: () | Celular: () | | Fone Comercial: () | |

| DADOS CADASTRAIS DOS DEPENDENTES | | | | |
|----------------------------------|------------------|---------------------|----------------|-------------------|
| 1 - Nome: | | Data de nascimento: | | Sexo: Parentesco: |
| Estado civil: | Nº CPF: | Nº CNS: | | Profissão (CBO): |
| Nº Identidade: | Órgão expedidor: | Data da expedição: | Nacionalidade: | Naturalidade: |
| Filiação do Titular: | Pai: | | | |
| | Mãe: | | | |
| 2 - Nome: | | Data de nascimento: | | Sexo: Parentesco: |
| Estado civil: | Nº CPF: | Nº CNS: | | Profissão (CBO): |
| Nº Identidade: | Órgão expedidor: | Data da expedição: | Nacionalidade: | Naturalidade: |



| | | | | | |
|----------------------|------------------|---------------------|----------------|---------------|------------------|
| Filiação do Titular: | | Pai: | | | |
| | | Mãe: | | | |
| 3 - Nome: | | Data de nascimento: | | Sexo: | Parentesco: |
| Estado civil: | | Nº CPF: | Nº CNS: | | Profissão (CBO): |
| Nº Identidade: | Órgão expedidor: | Data da expedição: | Nacionalidade: | Naturalidade: | |
| Filiação do Titular: | | Pai: | | | |
| | | Mãe: | | | |

2 - PERÍODOS DE CARÊNCIA

| Item | Prazo a ser cumprido |
|--|----------------------------|
| Urgência e Emergência | 24 (vinte e quatro) horas |
| Consulta Médica | 30 (trinta) dias |
| Exame Simples – lista registrada em cartório | 30 (trinta) dias |
| Consulta/sessão de: fisioterapia, nutricionismo, fonoaudiologia, psicologia/psicoterapia, acupuntura e terapia ocupacional | 180 (cento e oitenta) dias |
| Internações clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas e Hospital-Dia | 180 (cento e oitenta) dias |
| Procedimentos cirúrgicos realizados em ambiente ambulatorial | 180 (cento e oitenta) dias |
| Procedimentos de Alta Complexidade – PAC, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS | 180 (cento e oitenta) dias |
| Fornecimento de medicamentos e de bolsas – de acordo com as Diretrizes e Protocolo de Utilização da ANS | 180 (cento e oitenta) dias |
| Parto a termo | 300 (trezentos) dias |
| Remoção, exceto para leito SUS após os atendimentos de urgência ou emergência | 180 (cento e oitenta) dias |
| Demais procedimentos não enquadrados nos outros itens | 180 (cento e oitenta) dias |

3 – COPARTICIPAÇÃO

| Procedimento/Evento | Percentual | Limitador/Teto |
|--|------------|----------------|
| Consulta Médica – por consulta | 30% | R\$ 150,00 |
| Exame – por procedimento | 30% | R\$ 150,00 |
| Consulta/sessão de: fisioterapia, nutricionismo, fonoaudiologia, psicologia/psicoterapia, acupuntura e terapia ocupacional – por consulta/sessão | 30% | R\$ 150,00 |
| Procedimento Ambulatorial – por evento | 30% | R\$ 150,00 |
| Urgência ou Emergência – por evento | 30% | R\$ 150,00 |



6 – SUBSTITUIÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL

6.1 – As substituições na rede assistencial do plano contratado serão disponibilizadas com 30 dias de antecedência na página eletrônica/site da **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO**, no endereço <http://www.unimedmt.coop.br> e ficarão acessíveis pelo período de 180 (cento e oitenta) dias.

6.2 – As substituições na rede assistencial do plano contratado também poderão ser consultadas pelo telefone 0800 940 2291.

7 – DO TRATAMENTO E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS - LGPD

7.1 – As partes se comprometem a observar todas as disposições da **Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) nº 13.709 de 14 de agosto de 2018**, para reiterar que estão em conformidade com legislações e regras aplicáveis de privacidade e proteção de dados pessoais, incluindo, mas não se limitando, às disposições da LGPD, especialmente ao que se refere ao tratamento dos dados pessoais indispensáveis à finalidade da presente relação jurídica.

10 – DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 – A partir de sua assinatura, este **TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE AO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR** passa a integrar o contrato celebrado entre as partes **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA** e **ENTIDADE** que me representa para todos os fins de direito.

10.2 – E assim, por estar ciente e de acordo com todas as cláusulas e condições do instrumento principal, assino o presente **TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE AO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR**, em duas vias de igual forma e teor, para que dela decorram seus efeitos práticos e legais.

11- DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca do beneficiário titular, com renúncia expressa por qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para resolver quaisquer questões relativas ao presente Instrumento.

Cuiabá-MT, 11 de abril de 2023

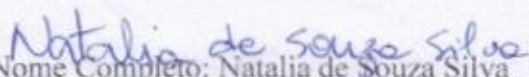


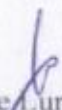
(Nome completo)
BENEFICIÁRIO TITULAR

ESTIPULANTE
AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA

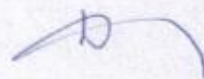

Gabriel Dutra
Diretor Comercial

TESTEMUNHAS


Nome Completo: Natalia de Souza Silva
CPF: 057.080.841-38


Nome Completo: Maria de Lurdis da Silva
CPF: 174.888.261-91





ANEXO IV

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO



Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula a 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 | Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário |
|------------------------|--|
| _____, ____/____/____ | _____, ____/____/____ |
| Local _____ Data _____ | Local _____ Data _____ |
| Nome: _____ | Nome: _____ |
| Assinatura: _____ | CPF: _____ |
| | Assinatura: _____ |

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

ANEXO V

FORMULÁRIO DECLARAÇÃO DE SAÚDE

(PARA ORIENTAÇÃO NO PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE – RN 162/07)



| | | |
|---|-------------|------------------------|
| Nome do Beneficiário: | CPF: | Nº do Contrato: |
| Nome do Representante Legal (no caso de menor ou incapaz): | | |

Esta Declaração de Saúde deve ser preenchida de próprio punho por cada beneficiário ou por responsável legal, quando se tratar de menor de 18 anos ou incapaz.

Esta Declaração de Saúde, em hipótese alguma poderá ser preenchida no computador.

No Plano de Assistência à Saúde Individual/Familiar e no Coletivo por Adesão, o preenchimento desta Declaração de Saúde é obrigatório para todos os beneficiários, titulares e/ou dependentes.

No Plano de Assistência à Saúde Coletivo, o preenchimento desta Declaração de Saúde será realizado de acordo com a legislação vigente.

O beneficiário tem o direito de ser orientado, no preenchimento da Declaração de Saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.**, ou de utilizar por um profissional de sua escolha, assumindo o ônus financeiro desta opção.

Se houver necessidade, o beneficiário poderá esclarecer suas dúvidas com o Médico Orientador que lhe acompanha durante o preenchimento desta Declaração de Saúde.

| | |
|---|---|
| Opção do beneficiário para o preenchimento da Declaração de Saúde: | |
| <input type="checkbox"/> | 1 – Declaro que contei com a presença de Médico Orientador <i>indicado pela Aqquer-Administradora de Benefícios Ltda</i> , sem ônus financeiro para auxiliar-me no preenchimento desta Declaração de Saúde. |
| <input type="checkbox"/> | 2 – Declaro que contei com a presença de Médico Orientador <i>de minha escolha</i> , assumindo o ônus financeiro. |
| <input type="checkbox"/> | 3 – Declaro que <i>dispensei</i> a presença do Médico Orientador. |

A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), ou seja, aquela que o beneficiário, ou seu representante legal, saiba que é portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao Plano Privado de Assistência à Saúde.

Havendo declaração de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), será oferecida a Cobertura Parcial Temporária (CPT), 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



constantes do Rol de Procedimento e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época da demanda, desde que relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente (DLP) declarada.

Por liberalidade da norma a *Aqquer-Administradora de Benefícios Ltda.* não trabalha com o oferecimento do Agravo, assim entendido como 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.

Estando o contrato em vigor, identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão do conhecimento prévio de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), por ocasião da contratação ou adesão ao Plano Privado de Assistência à Saúde, a *Aqquer-Administradora de Benefícios Ltda.* deverá **NOTIFICAR** imediatamente a omissão de informação ao beneficiário através do "Termo de Comunicação ao Beneficiário" e poderá:

I – Oferecer Cobertura Parcial Temporária (CPT) ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde;

II – Solicitar abertura de processo administrativo junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, quando da identificação do indício de fraude ou após recusa do beneficiário à oferta da Cobertura Parcial Temporária (CPT).

Instaurado o processo administrativo na ANS, à *Aqquer-Administradora de Benefícios Ltda.*, caberá o ônus da prova.

A *Aqquer-Administradora de Benefícios Ltda.*, poderá utilizar de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de Doença e Lesão Preexistente (DLP).

A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação após entrega efetiva de toda a documentação.

Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

Após julgamento e acolhida à alegação da *Aqquer-Administradora de Benefícios Ltda.*, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a Doença ou Lesão Preexistente (DLP), desde a data da efetiva NOTIFICAÇÃO da constatação da Doença ou Lesão Preexistente (DLP) omitida, pela *Aqquer-Administradora de Benefícios Ltda.* e terá o contrato rescindido unilateralmente (cancelado).

Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação da decisão pela ANS, com o encerramento do processo administrativo.



ORIENTAÇÕES

Antes de iniciar o preenchimento da Declaração de Saúde, leia e assine a Carta de Orientação ao Beneficiário.

Algumas questões pedem que o beneficiário explique ou especifique suas respostas. Nesses casos, o beneficiário deverá escrever a resposta, de próprio punho, no local indicado.

A *Aqquer-Administradora de Benefícios Ltda.*, fica obrigada a proteger as informações prestadas na Declaração de Saúde, sendo vedada sua divulgação ou o fornecimento a terceiros não envolvidos na prestação de serviços assistenciais sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvados os casos previstos na legislação em vigor.

Para cada doença listada abaixo o beneficiário deverá responder, assinalando no campo "RESPOSTAS", "SIM" caso esteja ciente de que é sofredor ou portador da condição ou responder "NÃO", caso esteja ciente de que não é sofredor ou portador da condição.

QUESTIONÁRIO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

| 1 | Sofre de alguma doença infecciosa ou parasitária como: | Resposta |
|----|--|---|
| a) | AIDS? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| b) | Doença de Chagas? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| c) | Hanseníase (lepra)? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| d) | Meningite? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| e) | Tuberculose? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| f) | Outras? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

| 2 | Sofre de neoplasias malignas (câncer)? | Resposta |
|----|--|---|
| a) | Aparelho digestivo (estômago ou outros)? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| b) | Aparelho respiratório (pulmão ou outros)? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| c) | Leucemia? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| d) | Linfoma? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| e) | Mama? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| f) | Órgãos genitais femininos (útero, ovário ou outros)? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| | Órgãos genitais masculinos (próstata ou outros)? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

| 3 | Sofre de neoplasias malignas (câncer)? | Resposta |
|----|--|---|
| a) | Pele? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| b) | Tireoide? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| c) | Trato urinário (rins, bexiga ou outros)? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |



| | | | |
|----|-------------------------|------------------------------|------------------------------|
| d) | Outras? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|----|-------------------------|------------------------------|------------------------------|

| 4 | Sofre de neoplasias benignas? | Resposta | |
|----|--|------------------------------|------------------------------|
| a) | Mama? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b) | Órgãos genitais femininos (útero, ovário ou outros)? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c) | Órgãos genitais masculinos (próstata ou outros)? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| d) | Aparelho digestivo (estômago ou outros)? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| e) | Aparelho respiratório (pulmão ou outros)? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| f) | Pele? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| g) | Tireoide? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| h) | Trato urinário (rins, bexiga ou outros)? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| i) | Outras? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

| 5 | Sofre de doenças do sangue? | Resposta | |
|----|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a) | Anemia? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b) | Doenças da coagulação? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c) | Hemofilia? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| d) | Policitemia Vera? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| e) | Púrpura? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| f) | Outras? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

| 6 | Sofre de transtornos psiquiátricos ou mentais? | Resposta | |
|----|--|------------------------------|------------------------------|
| a) | Psicose? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b) | Esquizofrenia? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c) | Neurose? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| d) | Depressão? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| e) | Retardo mental? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| f) | Outros? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

| 7 | Sofre de alguma doença provocada por: | Resposta | |
|----|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a) | Alcoolismo? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b) | Uso de drogas? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c) | Outros? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

[Handwritten signatures and scribbles at the bottom of the page]



| 8 | Sofre de doenças do sistema nervoso? | Resposta | |
|----|---|------------------------------|------------------------------|
| a) | Acidente vascular cerebral ("derrame" "AVC")? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b) | Sequela de acidente vascular cerebral? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c) | Alzheimer? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| d) | Epilepsia? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| e) | Esclerose múltipla? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| f) | Paralisia cerebral? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| g) | Paralisias ou polineuropatias? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| h) | Parkinson? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| i) | Outras? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

| 9 | Sofre de doenças dos olhos e anexos? | Resposta | |
|----|---|------------------------------|------------------------------|
| a) | Alterações na retina? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b) | Deslocamento de retina? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c) | Astigmatismo? (Informar o grau) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| d) | Catarata? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| e) | Ceratocone? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| f) | Estrabismo? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| g) | Glaucoma? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| h) | Hipermetropia? (Informar o grau) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| i) | Miopia? (Informar o grau) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| j) | Pterígio? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| k) | Presbiopia? (Queda da visão para perto) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| l) | Retinopatia diabética? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| m) | Outras? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

| 10 | Sofre de doenças do ouvido, nariz ou garganta? | Resposta | |
|----|---|------------------------------|------------------------------|
| a) | Diminuição da audição, perfuração do tímpano, infecções frequentes? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b) | Hipertrofia de cornetos ou amígdalas? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c) | Labirintite? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| d) | Rinite? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| e) | Sinusite? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| f) | Perda de audição? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| g) | Problemas de adenoide, tumor, desvio de septo ou pólipos? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| h) | Outras? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

| 11 | Sofre de doenças do coração? | Resposta | |
|----|--|------------------------------|------------------------------|
| a) | Angina pectoris? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b) | Arritmia cardíaca? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c) | Doença hipertensiva da gravidez? (Eclampsia) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| d) | Doenças com disfunção de válvulas? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| e) | Doenças reumáticas valvulares? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

| | | | |
|----|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| f) | Hipertensão arterial? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| g) | Infarto do miocárdio? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| h) | Insuficiência cardíaca? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| i) | Insuficiência coronariana? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| j) | Outras? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

| 12 | Sofre de doenças do aparelho circulatório? | Resposta | |
|----|--|------------------------------|------------------------------|
| a) | Aneurisma? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b) | Febre reumática? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c) | Hemorroidas? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| d) | Insuficiência arterial periférica? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| e) | Linfedema? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| f) | Micro varizes? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| g) | Trombo flebites? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| h) | Trombose? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| i) | Úlcera de perna? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| j) | Varizes de membros inferiores? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| k) | Outras? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

| 13 | Sofre de doenças do aparelho respiratório? | Resposta | |
|----|--|------------------------------|------------------------------|
| a) | Apneia do sono? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b) | Asma? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c) | Bronquiectasia? (Dilatação do brônquio) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| d) | Bronquite? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| e) | Enfisema? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| f) | Fibrose pulmonar? (DPOC) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| g) | Pneumonia? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| h) | Outras? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

| 14 | Sofre de doenças do aparelho digestivo? | Resposta | |
|----|---|------------------------------|------------------------------|
| a) | Cirrose hepática? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b) | Colelitíase (cálculo da vesícula)? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c) | Colite? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| d) | Doença diverticular do intestino? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| e) | Doenças da boca? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| f) | Doenças do pâncreas? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| g) | Gastrite? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| h) | Úlcera péptica? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| i) | Hepatites? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| j) | Outras? Especifique: | | |



| 15 | Sofre de algum tipo de Hérnia? | Resposta | |
|----|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a) | Inguinal? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b) | De Hiato? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c) | Umbilical? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| d) | Epigástrica? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| e) | Incisional? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| f) | Outras? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

| 16 | Sofre de doenças da pele? (Especifique o local) | Resposta | |
|----|---|------------------------------|------------------------------|
| a) | Tumores? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b) | Nódulos? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c) | Manchas? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| d) | Psoríase? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| e) | Verrugas? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| f) | Outras? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

| 17 | Sofre de doenças do aparelho urinário? | Resposta | |
|----|---|------------------------------|------------------------------|
| a) | Cálculo renal, ureteral e de bexiga? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b) | Incontinência urinária ("urina solta")? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c) | Insuficiência renal? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| d) | Necessidade de transplante renal? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| e) | Nefrite? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| f) | Outras? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

| 18 | Sofre de doenças osteomusculares e/ou da coluna? | Resposta | |
|----|--|------------------------------|------------------------------|
| a) | Artrite? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b) | Artrite Reumatoide? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c) | Artrose? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| d) | Desvio da coluna? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| e) | Esclerodermia? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| f) | Escoliose? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| g) | Fraturas? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| h) | Hérnia de disco? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| i) | Lúpus eritematoso sistêmico? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| j) | Osteomielite? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| k) | Osteoporose? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| l) | Poliomielite? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| m) | Reumatismo? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| n) | Tendinite? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| o) | Outras? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |



| 19 | Sofre de doenças do aparelho genital feminino? | Resposta | |
|----|--|------------------------------|------------------------------|
| a) | Cisto de ovário? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b) | Endometriose? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c) | Infertilidade? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| d) | Nódulo mamário? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| e) | Prolapso uterino? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| f) | Ruptura perineal ou outras? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| g) | Outras? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

| 20 | Sofre de doenças do aparelho genital masculino? | Resposta | |
|----|---|------------------------------|------------------------------|
| a) | Esterilidade? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b) | Fimose? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c) | Hiperplasia de próstata? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| d) | Hipospadia? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| e) | Impotência Sexual? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| f) | Testículo alto? (fora da bolsa escrotal) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| g) | Varicocele? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| h) | Outras? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

| 21 | Sofre de doença causada por alteração cromossômica? | Resposta | |
|----|---|------------------------------|------------------------------|
| a) | Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

| 22 | Sofre de traumatismos e/ou fraturas? | Resposta | |
|----|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a) | Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

| 23 | Sofre de sequelas de acidente, moléstia adquirida ou congênita (doenças de nascença)? | Resposta | |
|----|---|------------------------------|------------------------------|
| a) | Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

| 24 | Informar: | Resposta | |
|----|----------------|--------------|--|
| a) | Peso | _____ Kg | |
| b) | Altura | _____ Metros | |
| c) | Cálculo do IMC | IMC = _____ | |
| d) | Idade | _____ Anos | |

| 25 | Sofre de doenças endócrinas e/ou relacionadas? | Resposta | |
|----|--|------------------------------|------------------------------|
| a) | Diabetes? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b) | Hipófise? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c) | Obesidade? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| d) | Obesidade mórbida? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| e) | Tireoide? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| f) | Outras? Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |



| 26 | Sofre de alguma doença não relacionada acima? | Resposta |
|----|---|---|
| a) | Especifique: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

Comentários e informações adicionais a respeito das perguntas formuladas que o beneficiário entende ser importante registrar.

DECLARAÇÃO

Declaro que as informações relatadas nesta Declaração de Saúde são a expressão da verdade e que foram espontaneamente feitas de próprio punho, podendo a **Aqquer-Administradora de Benefícios Ltda**, considerá-las para análise e manutenção das coberturas.

Declaro ainda que estou ciente de que a omissão de informações sobre a existência de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), da qual saiba ser sofredor ou portador no momento do preenchimento desta Declaração de Saúde, desde que comprovada junto a ANS através de processo administrativo, será considerada como ato fraudulento e acarretará na rescisão do contrato, obrigando o titular ou seu responsável legal a arcar com os custos dos atendimentos obtidos em relação à cirurgia, uso de Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), ligados à Doença ou Lesão Preexistente (DLP).

Caso instaurado o processo administrativo, comprometo-me, na qualidade de titular ou responsável legal, a prestar toda e qualquer informação adicional solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde a enviar à **Aqquer-Administradora de Benefícios Ltda**, sob a responsabilidade e cuidado do médico cadastrado na Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS, como auditor, as informações necessárias sobre o estado de saúde dos beneficiários incluindo resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando a **Aqquer-Administradora de Benefícios Ltda** de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

Declaro ainda ter ciência de que, independente da data de sua realização, seus efeitos práticos e legais terão vigência a partir da data de celebração do instrumento principal, do qual é parte integrante.

Por ser verdade, firmo a presente.

| Beneficiário ou Responsável Legal | |
|--|-------------|
| Nome: | Assinatura: |
| CPF: | |

| Local e Data | |
|---------------------|----------------------------|
| Local: | Data: / / 20 |



ANEXO - VI

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DA COBERTURA PARCIAL
TEMPORÁRIA - CPT

| | | |
|--|------|-----------------|
| Nome do Beneficiário: | CPF: | Nº do Contrato: |
| Nome do Representante Legal (no caso de menor ou incapaz): | | |

Eu, acima qualificado, na qualidade de beneficiário ou Responsável Legal, declaro estar ciente da condição de portador ou sofredor da(as) Doença(as) e Lesão(ões) Preexistente(s) e reconhecida(s) por ocasião da Entrevista Qualificada/Declaração de Saúde e estou de ciente e de acordo que isto acarrete, durante um prazo máximo de _____ (_____) meses, a partir do início da vigência ou da adesão ao contrato, a suspensão, por parte do Plano de Saúde do qual pretendo ser beneficiário, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade constantes do Rol de Procedimento e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época da demanda, exclusivamente relacionados à(s) Doença(s) e Lesão(ões) Preexistente(s) relacionada(s).

| Item | Descrição da DPL (Patologia) | CID 10 |
|------|------------------------------|--------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |

Por ser verdade, firmo a presente.

| <i>Beneficiário ou Responsável Legal</i> | |
|--|-------------|
| Nome: CPF: | Assinatura: |

| <i>Local e Data</i> | |
|---------------------|--------------|
| Local: | Data: / / 20 |

[Handwritten signature]



**ANEXO VII
MATERIAL EXPLICATIVO**

1 – OPERADORA CONTRATADA

A operadora contratada é a UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO, com Autorização de Funcionamento na ANS sob o N°: 32803-1, classificada na modalidade Cooperativa de Trabalho Médico, que prestará a assistência médica aos associados, cooperados ou sindicalizados das entidades ou instituições que aderirem a um dos planos disponibilizados, em parceria com todas as UNIMEDS DO ESTADO DE MATO GROSSO.

2 – ESTIPULANTE DOS PLANOS

A AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA., com Autorização de Funcionamento na ANS sob o N°: 42169-3, é a AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA que estipula os planos disponibilizados para adesão, ou seja, ela contrata os planos junto à operadora, celebra o convênio com as Entidades ou Instituições, recebe as adesões, cobra os beneficiários a mensalidade e demais valores previstos e aplica os reajustes.

3 – PLANOS DISPONÍVEIS PARA ADESÃO

| PLANOS COM COBERTURA ESTADUAL | |
|---|---|
| <p>UNIMED FEDERATIVO MATO GROSSO ESSENCIAL Abrangência Geográfica: Estadual Área de Atuação: Todos os municípios do Estado de Mato Grosso Padrão de Acomodação na Internação: Coletiva/Enfermaria Segmentação Assistencial: AHOb Registro na ANS nº 486.815/20-3</p> | <p>UNIMED FEDERATIVO MATO GROSSO MAIS Abrangência Geográfica: Estadual Área de Atuação: Todos os municípios do Estado de Mato Grosso Padrão de Acomodação na Internação: Individual/Apartamento Segmentação Assistencial: AHOb Registro na ANS nº 486.814/20-5</p> |
| PLANOS COM COBERTURA NACIONAL | |
| <p>UNIMED FEDERATIVO BRASIL ESSENCIAL Abrangência Geográfica: Nacional Área de Atuação: Todos os municípios do território nacional Padrão de Acomodação na Internação: Coletiva/Enfermaria Segmentação Assistencial: AHOb Registro na ANS nº 487.122/20-7</p> | <p>UNIMED FEDERATIVO BRASIL MAIS Abrangência Geográfica: Nacional Área de Atuação: Todos os municípios do território nacional Padrão de Acomodação na Internação: Individual/Apartamento Segmentação Assistencial: AHOb Registro na ANS nº 487.123/20-5</p> |

4 – OBJETIVO DOS PLANOS DE SAÚDE

O objetivo dos planos de saúde disponibilizados neste convênio é a cobertura de todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época da utilização, para o tratamento de todas as doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão – CID 10, da Organização Mundial de Saúde (OMS) e em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, aos beneficiários regularmente inscritos.

Ou seja, os planos visam à promoção da saúde, à prevenção de riscos e doenças, ao diagnóstico, ao tratamento, à recuperação e à reabilitação.

5 – QUEM PODE ADERIR AOS PLANOS DISPONIBILIZADOS

Poderão aderir aos planos as pessoas naturais (pessoas físicas), vinculadas às entidades ou instituições em caráter associativo, cooperativo ou sindical.

O Titular do plano deve ter vínculo direto com a entidade ou instituição.

Podem ser inscritos como dependentes, desde que juntos com o Titular:

- o cônjuge;
- o filho, solteiro até 30 (trinta) anos;
- o enteado, o menor, sob a guarda, definitiva ou provisória por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados a filho;
- o companheiro(a), inclusive do mesmo sexo, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- o filho comprovadamente inválido ou incapaz com qualquer idade.

O filho recém-nascido, natural ou adotivo e o adotivo com até 12 anos tem privilégios na adesão desde que realizada em até 30 dias do nascimento ou adoção.

6 – COMO REALIZAR A ADESÃO

Para realizar a adesão a um dos planos disponibilizados, o associado, cooperado ou sindicalizado deverá comparecer ao escritório de sua entidade representativa, da Aqquer ou procurar um corretor credenciado, munido dos seguintes documentos – original e cópia simples:

- Documento de Identidade, válido quando for o caso;
- Cadastro de Pessoa Física – CPF;
- Comprovante de Residência (máximo 3 meses);
- Certidão de casamento ou declaração de união estável;
- Certidão de nascimento, para os dependentes menores de idade que não possuam documento de identidade;
- Cartão Nacional de Saúde – CNS;

- Comprovante do vínculo do beneficiário com a entidade ou instituição.



7 - PRAZO PARA ADESÃO, INCLUSÃO OU EXCLUSÃO

As adesões e as inclusões de dependentes podem ser realizadas até o dia 15 de cada mês e serão integradas ao plano para início de vigência no dia 1º do mês subsequente.

O beneficiário titular pode solicitar diretamente à operadora, à AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA ou à entidade que o representa, sua exclusão ou de qualquer de seus dependentes, a qualquer momento.

Lembrando que o pedido de exclusão do beneficiário titular resulta no cancelamento do plano com a exclusão de todos os seus dependentes nele inscritos.

A solicitação de exclusão tem efeito imediato e caráter irrevogável, a partir da data e hora de seu protocolo, não sendo permitido o arrependimento posterior, gerando ainda as seguintes consequências:

Para o ingresso em novo plano:

- Exigência do cumprimento de novos Prazos de Carência;
- Perda do direito de requerer a Portabilidade de Carências;
- Exigência do preenchimento de nova Declaração de Saúde e ao cumprimento de Cobertura Parcial Temporária de até 24 (vinte e quatro) meses, no caso de Doença ou Lesão Preexistente declarada;
- Perda imediata do direito a Remissão (PEA), se contratado
- Responsabilidade pelo pagamento das contraprestações pecuniárias (mensalidades) vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas antes da solicitação;
- Responsabilidade pelo pagamento de despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários, após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência.

A partir da data da solicitação de exclusão, todos os procedimentos previamente autorizados, agendados ou não, em favor do beneficiário, serão automaticamente cancelados, ainda que de posse de documento e/ou informação de liberação no prazo de validade.

No ato da solicitação, será fornecido protocolo de recebimento e encaminhado, no prazo de 10 (dez) dias, o Comprovante de Efetivo Cancelamento ou Exclusão.

8 - SUSPENSÃO E EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO POR INADIMPLÊNCIA

8.1 - O atraso no pagamento da mensalidade por 10 (dez) dias corridos resultará na imediata suspensão do atendimento assistencial contratado, inclusive nos casos de urgência e emergência, até a liquidação do débito.

8.2 - O beneficiário titular que não realizar o pagamento dos valores devidos na forma e prazo acordados, por período superior a 30 (trinta) dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de sua adesão, desde que notificado pela AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.,

será imediatamente excluído do plano, sem prejuízo da execução dos débitos pendentes e inclusão nos órgãos de proteção ao crédito, bem como do protesto do débito.

8.3 – A exclusão do titular implica na exclusão de todos os seus dependentes.

8.4 – O beneficiário excluído não poderá ser reativado, devendo realizar nova adesão respeitando as condições de carência e preexistência exigidas para tal.



9 – COBERTURAS DOS PLANOS DISPONIBILIZADOS

As coberturas abrangem exclusivamente os procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização, obedecendo ainda o que determina as Diretrizes de Utilização (DUT) e o Protocolo de Utilização – PROUT.

A lista, bem como os protocolos e diretrizes, podem ser consultados no site www.ans.gov.br.

Alguns exemplos de cobertura:

- ✓ Consulta médica em número ilimitado em todas as especialidades reconhecidas pelo CFM;
- ✓ Exames necessários ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento;
- ✓ Procedimentos ambulatoriais;
- ✓ Câmara Hiperbárica;
- ✓ Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais;
- ✓ Quimioterapia e Radioterapia;
- ✓ Diálise e Hemodiálise;
- ✓ Implante de DIU;
- ✓ Mamografia Digital;
- ✓ Pet-Scan.
- ✓ Internações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas, inclusive em UTI;
- ✓ Vasectomia e Laqueadura;
- ✓ Cirurgias Oftalmológicas;
- ✓ Transplantes de Rim, Córnea e Medula;
- ✓ Cirurgia para Obesidade Mórbida;
- ✓ Cirurgia Cardíaca;
- ✓ Implante de Marcapasso.
- ✓ Despesas com acompanhante durante a internação;
- ✓ Doenças Infectocontagiosas, inclusive AIDS;
- ✓ Doenças ou Lesões Preexistentes;
- ✓ Pré-Natal, Parto e Puerpério;
- ✓ Fisioterapia, sem limite;
- ✓ Consultas e sessões em Psicologia, Fonoaudiologia, Nutricionismo e Terapia Ocupacional, de acordo com o número estabelecido nas Diretrizes da Utilização – DUT;
- ✓ Sessões de Acupuntura.

X
[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



10 – EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão excluídos da cobertura dos planos todos os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização e, ainda:

- Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- Consulta, Internação ou qualquer atendimento domiciliar, mesmo que em caráter de emergência ou urgência;
- Despesas com acompanhante, exceto os casos previstos na legislação.
- Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- Escleroterapia de varizes;
- Fornecimento de aparelhos ortopédicos, próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico e as estéticas;
- Internação domiciliar de qualquer natureza;
- Medicamento e material prescritos para uso domiciliar e/ou que podem ser adquiridos em farmácia, mesmo que necessitem de supervisão para a sua aplicação, exceto os medicamentos antineoplásicos orais e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização;
- Procedimentos, exames ou tratamentos no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;
- Resgate ou remoção domiciliar de qualquer natureza, bem como remoção aérea;
- Tratamento em SPA, clínica de emagrecimento ou rejuvenescimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínica para o acolhimento de idosos, casas sociais e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para rejuvenescimento, para emagrecimento – exceto o relacionado à obesidade mórbida – ou ganho de peso sem finalidade estética, desde que cumpridas as Diretrizes de Utilização previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época da utilização, ficando claro que a cirurgia de hipertrofia mamária não está assegurada, mesmo sob a alegação de repercutir sobre a coluna vertebral;
- Reembolso de despesas com procedimento ou eventos cobertos por este contrato, pagos diretamente pelo beneficiário, por indisponibilidade ou inexistência de prestador na área geográfica de abrangência e atuação do plano, sem o prévio contato para obtenção do protocolo do atendimento, à exceção dos atendimentos caracterizados pelo médico assistente como Urgência ou Emergência.
- Todo e qualquer hospital e clínica que embora credenciados por outra Unimed (para atendimento aos seus planos especiais), são considerados de tabela própria, categoria diferenciada e alto custo, integrantes da Rede Especial e Máster definidas no Manual de Intercâmbio do Sistema Unimed, inclusive os dispostos a seguir:
- ✓ BAHIA: Hospital Aliança, Hospital Português, Hospital Espanhol, Hospital Santo Amaro, Hospital São Raphael, Hospital Evangélico da Bahia, Hospital Agenor Paiva, Sermege Serviços Médicos em Geral, Umi Urgência Médica Infantil, Hospital Santa Izabel, Clínica de Urologia Modesto Jacobino, Clima, Hospital Salvador, Insbot, Day Hospital Louis Pasteur, Hba S. A. Assistência Médica e Hospitalar, Hospital Semed,

- Promater Policlínica e Maternidade, Centro Especializado em Traumatologia, Hca Hospital das Clínicas de Alagoinha, Hospital Jorge Valente, Hospital Jaar Andrade, Hospital Santa Helena Camaçari, Med. Center Clínica, Clínica Metropolitana, Clínica Probaby e Unidade Médica Integrada UMI CMH Centro;
- ✓ **DISTRITO FEDERAL:** Clínica Dr. Juscelino Kubistchek, Hospital das Clínicas de Brasília, Clínica do Renascer Ltda, Centro Clínico AMMA Ltda, Hospital Santa Marta Ltda, Day Clinic, ISOB, Hospital Daher Lago Sul S/A, INBOL, Instituto de Cardiologia do Distrito Federal, Home Hospital, Hospital São Francisco, CBV Centro Brasileiro da Visão, Clínica Mansão Vida, Hospital Santa Luzia, Hospital do Coração do Brasil e Hospital Brasília;
 - ✓ **PERNAMBUCO:** Real Hospital Português, Santa Joana, Hospital Jayme da Fonte e Hospital Esperança;
 - ✓ **RIO DE JANEIRO:** Casa de Saúde São José, Clínica Bambina Ltda, Clínica Sorocaba, Clínica Pediátrica da Barra, DH – Day Hospital, Hospital Norte D’or, Hospital de Clínicas Rio Mar, Clínica Perinatal Laranjeiras, Clínica da Gávea, Hospital Quinta D’or, Pró-Cardíaco, Hospital Samaritano, Jorge Jaber Clínica de Psicoterapia, Hospital Pasteur, Casa de Saúde Santa Lúcia, Hospital Israelita Albert Sabin, Casa de Saúde Saint Roman, Preslaf – Hospital São Lucas, Ipanema Serv. Med. Inf., Hospital Barra D’or, Copa D’or e Hospitais Integrados da Gávea S/A, Casa de Saúde Laranjeiras – Perinatal Barra, Hospital de Clínicas de Niterói, Hospital Icarai (Niterói);
 - ✓ **RIO GRANDE DO SUL:** Hospital Mãe de Deus, Hospital Moinho de Vento e Instituto de Cardiologia;
 - ✓ **SANTA CATARINA:** Hospital e Maternidade Dona Helena – Joinville;
 - ✓ **SÃO PAULO:** Hospital e Maternidade São Camilo – Pompéia, Hospital e Maternidade São Camilo – Santana/Mandaqui, Hospital e Maternidade Santa Joana – Paraíso, Hospital Santa Isabel – Santa Casa de São Paulo – Higienópolis, Hospital Santa Isabel – Saúde Mental – Vila Mariana, Hospital Professor Edmundo Vasconcelos – Ibirapuera, Beneficência Portuguesa – Paraíso, Fundação Antônio Prudente Hospital A. C. Camargo – Liberdade, Hospital Nossa Senhora de Lourdes – Jabaquara, Hospital Santa Paula – V. Olímpia, Hospital da Criança – Jabaquara, Hospital Santa Catarina – Bela Vista, Hospital e Maternidade São Luiz – Unidade Anália Franco, Hospital e Maternidade São Luiz – Unidade Morumbi, Maternidade São Luiz – Unidade Itaim, Hospital Samaritano – Santa Cecília, Pronto Socorro Infantil Sabará, Hospital do Coração, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital Sírio Libanês, Hospital e Maternidade Assunção S/A (São Bernardo do Campo), Hospital e Maternidade Brasil (Santo André), Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Nove de Julho, Incor e Associação Sanatório Sírio Hospital do Coração.

11 – VIGÊNCIA

A adesão terá o início de vigência no primeiro dia do mês seguinte ao da assinatura do Termo de Adesão e Responsabilidade do Plano Privado de Assistência à Saúde Suplementar e do 1º pagamento e terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos.

Se o beneficiário não realizar o 1º pagamento o processo está cancelado.

Após o período de vigência mínima, não havendo manifestação em contrário, com 60 (sessenta) dias de antecedência, este contrato se renova automática e sucessivamente por igual período.

Não haverá cobrança de taxa ou qualquer outro valor no ato da renovação deste contrato, sendo vedada a recontagem de carências.

12 – PERÍODOS DE CARÊNCIA

A carência é aplicada individualmente e contada a partir da data de início de vigência da adesão e a partir da data de inclusão para os inscritos posteriormente.

Os prazos são:

- Urgência e Emergência: 24 (vinte e quatro) horas;
- Consulta Médica: 30 (trinta) dias;
- Exame Simples: 30 (trinta) dias;
- Consulta/sessão de: fisioterapia, nutricionismo, fonoaudiologia, psicologia/psicoterapia, acupuntura e terapia ocupacional: 180 (cento e oitenta) dias;
- Internações clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas e Hospital-Dia: 180 (cento e oitenta) dias;
- Procedimentos cirúrgicos realizados em ambiente ambulatorial: 180 (cento e oitenta) dias;
- Procedimentos de Alta Complexidade – PAC, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS: 180 (cento e oitenta) dias;
- Fornecimento de medicamentos e de bolsas – 180 (cento e oitenta) dias;
- Parto a termo: 300 (trezentos) dias;
- Remoção, exceto para leito SUS após os atendimentos de urgência ou emergência: 180 (cento e oitenta) dias;
- Demais procedimentos não enquadrados nos outros itens: 180 (cento e oitenta) dias.

A Tabela de Exames Simples, cuja carência é de 30 (trinta) dias, conforme disposto na alínea “c” do item anterior, se encontra registrada no 1º Serviço Notarial e Registral de Cuiabá-MT, no livro B 5462, Fls 102 a 112, O. S. 596052, e está à disposição para consulta no site www.unimedmt.coop.br.

13 – ISENÇÃO DAS CARÊNCIAS

Estão isentas do cumprimento dos prazos de carência estabelecidos neste contrato, exclusivamente, as adesões iniciais e as inclusões posteriores de dependentes formalizadas durante os primeiros 30 (trinta) dias de vigência deste contrato e de cada aniversário

As adesões formalizadas fora do prazo de 30 (trinta) dias da vigência inicial deste contrato ou de cada aniversário estão sujeitas ao cumprimento dos prazos de carência estabelecidos nesta cláusula.

14 – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Todo beneficiário está obrigado, por ocasião de sua adesão ou inclusão, a informar no preenchimento da Declaração de Saúde, ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de Doença ou

Lesão Preexistente – DLP, sob pena da sua omissão ser caracterizada como fraude contratual, sujeitando-o à exclusão do contrato, bem como à cobrança de eventuais prejuízos.

Toda Doença ou Lesão Preexistente – DLP, declarada deverá cumprir o prazo de até 24 meses para sua cobertura total.

Este processo se chama Cobertura Parcial Temporária – CPT e suspenderá todo evento cirúrgico, utilização de UTI ou CTI e de Procedimentos de Alta Complexidade listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, e não se confunde com o cumprimento das carências.

Após os 24 meses a cobertura volta ao normal.

Caso o beneficiário não aceite as condições de cumprimento da Cobertura Parcial Temporária – CPT, o processo de adesão está cancelado.

15 – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Estão cobertos os atendimentos nos casos de urgência e emergência, desde a admissão até a alta, exclusivamente dentro da área de abrangência e atuação do plano escolhido.

Durante o cumprimento da Cobertura Parcial Temporária – CPT e dos prazos de Carência, o plano dará a cobertura do segmento ambulatorial, limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que haja necessidade da utilização de procedimentos do segmento hospitalar com obstetrícia, mesmo que em período menor que 12 (doze) horas.

Nestes casos o beneficiário será o responsável financeiro pela internação ou deverá aceitar a transferência para o SUS.

O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal está coberto, integralmente, desde a admissão até a alta, após cumprida a carência de 24 horas.

16 – REEMBOLSO NOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Será garantido o reembolso, exclusivamente nas situações de Urgência e Emergência, para eventos ocorridos dentro da área de abrangência e atuação do plano e estando o beneficiário impossibilitado de se dirigir a um prestador constante da rede cooperada, contratada ou credenciada pela UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO ou que a Urgência ou a Emergência seja de tal gravidade que não haja tempo hábil para este deslocamento.

O reembolso será realizado com base na “Tabela de Reembolso/Referência” do plano, que está disponível para consulta no endereço www.aqquer.com.br e na sede da Aqquer ou da UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO.



17 – HABILITAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

Será fornecido o Cartão Individual de Identificação referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação dos prazos de Carência e da Cobertura Parcial Temporária – CPT, quando houver.

Você também pode baixar na loja Play Store o App Unimed Cliente, que dá acesso a várias informações do seu plano, como o Guia Médico e a carteirinha virtual.

18 – AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Vários procedimentos precisam de autorização prévia para sua utilização e existem prazos para tal.

As Consultas Médicas e os Exames Simples serão autorizados via sistema, podendo o beneficiário se dirigir diretamente a um dos prestadores constantes do Guia Médico.

Para realização de consultas ou sessões com Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo (inclusive psicoterapia), Fisioterapeuta e com Terapeuta Ocupacional, será necessária autorização prévia, sendo obrigatória a apresentação da Guia (pedido), emitida pelo médico assistente, com a justificativa da indicação.

Os demais exames, os Procedimentos de Alta Complexidade – PAC, as cirurgias ambulatoriais e as internações hospitalares, necessitam de Guia de Solicitação (pedido), emitida pelo médico assistente ou pelo cirurgião-dentista assistente, obrigatoriamente com a justificativa da indicação, devendo ser autorizadas previamente.

Sempre que solicitado, o beneficiário fica obrigado a fornecer laudos, justificativas, exames e demais documentos necessários à análise da solicitação, sob pena de não autorização.

19 – PERÍCIA

Sempre que julgar necessário, poderá ser exigida a realização de perícia médica no beneficiário, para comprovar a necessidade da realização do procedimento/evento solicitado.

20 – JUNTA MÉDICA

Sempre que houver divergência entre o médico assistente do beneficiário e o médico auditor do plano, será proposta a composição de uma Junta Médica, que será composta por 03 (três) profissionais: um nomeado pelo plano; o profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário e um terceiro, desempataador, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo do plano.

21 - RELAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS - GUIA MÉDICO

O Guia Médico, na internet, no endereço www.aqquer.com.br ou pode ser consultado pelo telefone (65) 3624-4416 ou em sua sede administrativa à Rua Barão de Melgaço, 2754 - 4º andar, sala 406 Edifício Work Tower, Centro-Sul, Cuiabá-MT.

A versão impressa somente será fornecida mediante solicitação do beneficiário.

22 - COPARTICIPAÇÃO

Coparticipação é a participação do beneficiário no custeio dos procedimentos/eventos utilizados.

Ela tem como objetivos: promover a utilização racional do plano; permitir a oferta de planos com mensalidades mais acessíveis e contribuir para que o plano tenha reajustes menores.

Os valores de coparticipação que serão cobrados estão descritos no item 9.6 e 9.7 do **Termo de Adesão e Responsabilidade ao Plano de Assistência à Saúde Suplementar**.

23 - PREÇO

Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são preestabelecidos, ou seja, o valor da mensalidade é de conhecimento prévio do beneficiário.

O pagamento da mensalidade, independente da data do mês escolhida, garante a cobertura de 01 a 30 do mês de pagamento.

Os valores de mensalidade constam nos itens 11.2 e 21, do **Termo de Adesão e Responsabilidade ao Plano de Assistência à Saúde Suplementar**.

Pelo atraso no pagamento, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

O atraso de 10 dias no pagamento da mensalidade causa a suspensão imediata do atendimento e o atraso por 30 dias resulta no cancelamento do plano.

Ainda poderá ocorrer a inclusão do nome do beneficiário titular nos órgãos de proteção ao crédito, após a devida e pertinente comunicação formal.

24 - REAJUSTE ANUAL

O plano será reajustado anualmente, sempre no mês previsto no item 17, do **Termo de Adesão e Responsabilidade ao Plano de Assistência à Saúde Suplementar**.

O índice de inflação adotado é o Índice da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - FIPE Saúde, acumulado nos últimos 12 (doze) meses.



O equilíbrio do plano também será analisado, podendo resultar em índice complementar de reajuste a ser aplicado em composição com o índice de inflação.

O percentual a ser aplicado será negociado diretamente com a entidade ou instituição que representa os beneficiários, única parte legítima para tal.

25 – FAIXAS ETÁRIAS E SUA VARIAÇÃO PERCENTUAL

Quando do aniversário do beneficiário inscrito, se houver deslocamento para a faixa etária superior, a mensalidade, será reajustada automaticamente, no mês seguinte, conforme os percentuais definidos na tabela abaixo:

| FAIXA ETÁRIA | PERCENTUAL |
|-----------------|------------|
| 0 a 18 anos | 0,00% |
| 19 a 23 anos | 13,70% |
| 24 a 28 anos | 15,22% |
| 29 a 33 anos | 27,34% |
| 34 a 38 anos | 16,48% |
| 39 a 43 anos | 15,99% |
| 44 a 48 anos | 13,68% |
| 49 a 53 anos | 11,84% |
| 54 a 58 anos | 30,13% |
| 59 anos ou mais | 49,01% |

26 – PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A perda da qualidade de beneficiário ocorrerá nas seguintes situações:

- I – Por solicitação formal da entidade ou instituição;
- II – Pela perda do vínculo do titular com a entidade ou instituição;
- III – Pela perda da condição de dependência, por:
 - a) Cônjuge/Companheiro(a): Quando do divórcio ou separação judicial;
 - b) Filho: Ao completar a idade limite;
 - c) Filho: Quando do casamento ou união estável, na forma da lei;
 - d) Todos os dependentes: No caso de morte do titular.

IV – Fraude devidamente comprovada.

A exclusão do beneficiário titular, independente da causa, implica automaticamente na exclusão de todos os seus dependentes.

O beneficiário que por qualquer motivo deixar de atender as condições exigidas para sua inscrição e permanência, será automaticamente excluído do contrato.



Os beneficiários titulares que perderem o vínculo com a entidade ou instituição e os beneficiários que perderem a condição de dependência poderão requerer a Portabilidade de Carências, em até 60 dias a contar da data da exclusão, observadas as condições e regras vigentes, sem o cumprimento de novos prazos de carência e CPT, exceto por fraude.

27 – RESCISÃO DO CONTRATO

O contrato celebrado entre a **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA** e a ENTIDADE ou instituição poderá ser rescindido motivadamente, a qualquer tempo, no caso de:

- ocorrência de qualquer ato fraudulento praticado pelos prepostos da entidade ou instituição ou por qualquer beneficiário, na utilização do objeto deste contrato;
- omissão ou distorção de informações em prejuízo da Aqquer ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;
- identificação de CNPJ baixado junto à Secretaria da Receita Federal do Brasil;
- no caso de falência, concordata, liquidação judicial ou extrajudicial de qualquer uma das partes;
- inatividade do contrato, permanecendo o mesmo sem beneficiários ativos por 180 (cento e oitenta) dias ou mais;
- inscrição ou manutenção de beneficiários sem vínculo com a entidade ou instituição no plano;
- não atualização dos dados cadastrais, pela entidade ou instituição, quando expressamente solicitado ou ainda em até 30 dias após a ocorrência;
- não renovação de documentos com prazo de validade;
- não comunicação de alterações no estatuto social.

A rescisão do contrato produz efeito em relação a todo beneficiário nele inscrito.

28 – DENÚNCIA DO CONTRATO

O contrato celebrado entre a **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA** e a entidade ou instituição, poderá ser rescindido, por qualquer das partes, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, desde que esteja em dia com suas obrigações.

Cabe à entidade ou instituição informar os beneficiários inscritos sobre o cancelamento do plano, em tempo hábil para o exercício da Portabilidade de Carências.

29 – DISPOSIÇÕES GERAIS

Qualquer tolerância, concessão ou liberalidade não implica em perdão, novação, renúncia ou alteração do ora pactuado e não gera o direito adquirido.

Os beneficiários, por intermédio da entidade ou instituição e da **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**, autorizam a **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO** a prestar todas as informações assistenciais relativas aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de normatização e fiscalização da assistência à saúde, em especial a colocação do Código da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde – CID, 10ª revisão – CID

10, nas guias em papel e nos formulários eletrônicos em conformidade com o Padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar – TISS.

A Aqquer não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo beneficiário com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não.

As partes deverão observar e respeitar a legislação vigente, relativa ao sigilo médico, especialmente o Código de Ética Médica aprovado pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e à Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD.

Integram os documentos do plano, para todos os fins de direito, valendo este como protocolo de recebimento dos mesmos, desde que devidamente assinados e/ou rubricados, os seguintes documentos:

- Anexo I - Planos Ofertados com as tabelas de preço;
- Anexo II - Declaração de Conhecimento e Oferecimento do Plano Referência;
- Anexo III - Termo de Adesão e Responsabilidade ao Plano Privado de Assistência à Saúde Suplementar;
- Anexo IV - Carta de Orientação ao Beneficiário;
- Anexo V - Formulário de Declaração de Saúde;
- Anexo VI - Declaração de Aceitação da Cobertura Parcial Temporário (CPT);
- Anexo VII - Material Explicativo dos Planos;
- Anexo VIII - Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde (MPS);
- Anexo IX - Guia de Leitura Contratual (GLC);
- Anexo X - Termo de Consentimento para o Tratamento de Dados Pessoais de Criança e/ou Adolescente.

Este Regulamento/Material Explicativo não substitui ou invalida as cláusulas do contrato celebrado com a entidade ou instituição e nem do **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA** assinado pelo titular do plano.

30 – VIAS DE CONTATO

AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA:

- ✓ Rua Barão de Melgaço, 2754, 4º andar, sala 406, Edifício Work Tower, Bairro Centro Sul, Cuiabá-MT; CEP :78.020-800;
- ✓ Telefone: (65) 3624-4416;
- ✓ WhatsApp: (65) 99283-5256;
- ✓ SAC: 0800.887.0867;
- ✓ Portal na Internet: www.aqquer.com.br

OUIDORIA AQQUER: site www.aqquer.com.br

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar para informações, esclarecimento de dúvidas ou reclamações:

- ✓ Av. Augusto Severo, 84 – Glória, Rio de Janeiro – RJ, CEP 20021-040;
- ✓ Telefone 0800-7019656;

✓ Site www.ans.gov.br.

PROCON MUNICIPAL DE CUIABÁ: telefone 151.



Para qualquer problema que tenha em sua jornada, entre em contato conosco que resolvemos!



ANEXO VIII

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE – MPS

Site: www.aqquer.com.br

Tel.: (65) 3624-4416

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 9.656/98: 24 h 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 do 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) | <p>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 para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas dos 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.</p> <p>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 RN nº 162/2007.</p> | Coletivo Empresarial | |
| | | Com 30 ou mais participantes | Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial (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 (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes. | | | |

| | |
|--------------------------------|--|
| MECANISMOS DE REGULACÃO | <p>É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação</p> |
|--------------------------------|--|



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 precisão 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 e 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 do 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.

Handwritten signature and initials.

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 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 de 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 congêneres, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº.9656/98, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação 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 mantinha 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 seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

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

Os beneficiários de 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 a operadora, o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência a 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 24 h em acomodação padrão enfermaria. 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 de contratação específica.

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 houve 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 da 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 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 MANUAL NÃO SUBSTITUIU A LEITURA INTEGRAL DO 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.



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

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

[Handwritten signature]

ANEXO IX

Guia de Leitura Contratual – GLC

Site: www.aqquer.com.br

Tel.: (65) 3624-4416



Guia de Leitura Contratual

Página do
Contrato
ou Termo

| | | |
|--|--|---|
| CONTRATAÇÃO | Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial. | 1 |
| SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL | 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. | |
| PADRÃO DE ACOMODACÃO | Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual. | |
| ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO | Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência a 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. | |
| COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS | É o conjunto 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. | |
| EXCLUSÕES DE COBERTURAS | 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. | |
| DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP) | 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. | |
| CARENÇA | 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. | |

Página 1 de 2



| | |
|--|--|
| MECANISMO DE REGULAÇÃO | São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), 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 da 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 9656/1998) | A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação 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



[Handwritten signatures and initials in blue ink]

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

| | | |
|------------------------------------|-------|--------------------------------|
| Protocolo - Ciente e recebido por: | Data: | Assinatura: |
| <i>[Handwritten signature]</i> | | <i>[Handwritten signature]</i> |

ANEXO X

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES



Anexo ao Contrato nº _____

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, nº 13.709 de 14 de agosto de 2018, em seu Art. 14º, §1º, define que o tratamento de dados pessoais de crianças e/ou adolescentes deverá ser realizado com o consentimento específico e em destaque dado por, pelo menos, um dos pais ou responsável legal.

Com o objetivo de preservar o melhor interesse da criança e do adolescente, como beneficiário titular do Plano de saúde, sendo um dos pais ou responsável legal, desejo incluir o(s) menor(es) como meu(s) dependente(s), autorizando expressamente a coleta e o tratamento de seus dados pessoais através deste Termo.

1. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

| | | | | | |
|-----------------------------|------------------|--------------------|--|--|--|
| Nome: | | | Grau de Parentesco com o(s) menor(es): | | |
| Nº Documento de Identidade: | Órgão expedidor: | Data da Expedição: | Nº CPF: | | |

2. DADOS DO(S) DEPENDENTE(S) MENOR(ES)

| | | |
|-------------|------------------|---------|
| 3.1 - Nome: | Data Nascimento: | Nº CPF: |
| 3.2 - Nome: | Data Nascimento: | Nº CPF: |
| 3.3 - Nome: | Data Nascimento: | Nº CPF: |

Na qualidade de responsável legal, declaro que:

- Estou ciente que os dados pessoais do(s) meu(s) dependente(s) menores(s) de idade como, mas sem se limitar nome, sexo, grau de parentesco, data de nascimento, naturalidade, CPF, documento de identidade, filiação, estado civil, número do Cadastro Nacional de Saúde (CNS), poderão ser coletadas pela **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA** e compartilhadas com a **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO**

(Handwritten signatures)

DE MATO GROSSO e suas filiadas, estritamente para o cumprimento de sua finalidade nos termos do presente Contrato de Plano de Saúde e/ou para o cumprimento das suas obrigações legais, conforme permitido pela lei aplicável.

- II. Estou ciente que a **AQQUER-ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA**, a **UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DE MATO GROSSO E SUAS FILIADAS**, tratam apenas os dados pessoais de crianças e adolescentes que são necessários para o cumprimento da finalidade contratual, sem a possibilidade de tratamento posterior de forma incompatível com esses fins.
- III. Estou ciente que as informações pessoais coletadas do(s) meu(s) dependente(s) menor(es) são necessárias para o fornecimento dos serviços de saúde contratados e o não fornecimento dessas informações ou a revogação deste Termo pode comprometer/impossibilitar a execução deste Contrato.
- IV. Estou ciente que em nenhum caso as informações pessoais do(s) dependente(s) menor(es) de idade serão compartilhadas com terceiros estranhos à relação contratual, sem a minha declaração de consentimento posterior.



Assim, na qualidade de responsável legal:

Autorizo expressamente a coleta das informações pessoais necessárias e adequadas para a execução do Contrato de nº XXX, do(s) meu(s) dependente(s) menor(es) de idade, sem possibilidade de qualquer tipo de tratamento posterior de forma incompatível com esse fim.

Cuiabá-MT, 11 de abril de 2023.

Assinatura do pai ou responsável legal:
CPF: