

**TITULAR:**

01 Nome do Beneficiário Titular														
02 Data de Nascimento		03 Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		04 Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros										
05 Acomodação do Plano <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento			06 Produto			07 Data Associação/Admissão		08 MASP		09 Cargo				
10 CPF			11 PIS / PASEP					12 Carteira de Identidade		13 Órgão Emissor	14 UF			
15 Logradouro (Rua, Avenida, etc)								16 Número		17 Complemento				
18 Bairro				19 Município				20 UF	21 CEP					
22 Telefone Residencial (DDD)			23 Telefone Comercial (DDD)			24 E-mail								
25 Nome da Mãe														

**DEPENDENTES:**

**CÔNJUGE**

26 Cartão de Identificação SAUDE - CIS do Beneficiário Titular (se já for cadastrado)														
27 Nome														
28 Data de Nascimento		29 Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		30 Data de Casamento		31 CPF		32 Carteira de Identidade		33 Órgão Emissor	34 UF			
35 Nome da Mãe														

**OUTROS**

36 Nome															
37 Data de Nascimento		38 Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		39 Grau de Parentesco				40 Dt. de Adoção (p/ F. Adotivo(a))		41 CPF					
42 Nome da Mãe								43 Carteira de Identidade		44 Órgão Emissor	45 UF				
46 Nome															
47 Data de Nascimento		48 Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		49 Grau de Parentesco				50 Dt. de Adoção (p/ F. Adotivo(a))		51 CPF					
52 Nome da Mãe								53 Carteira de Identidade		54 Órgão Emissor	55 UF				
56 Nome															
57 Data de Nascimento		58 Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		59 Grau de Parentesco				60 Dt. de Adoção (p/ F. Adotivo(a))		61 CPF					
62 Nome da Mãe								63 Carteira de Identidade		64 Órgão Emissor	65 UF				
66 Nome															
67 Data de Nascimento		68 Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		69 Grau de Parentesco				70 Dt. de Adoção (p/ F. Adotivo(a))		71 CPF					
72 Nome da Mãe								73 Carteira de Identidade		74 Órgão Emissor	75 UF				
76 Nome															
77 Data de Nascimento		78 Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		79 Grau de Parentesco				80 Dt. de Adoção (p/ F. Adotivo(a))		81 CPF					
82 Nome da Mãe								83 Carteira de Identidade		84 Órgão Emissor	85 UF				

**86 Autorização**

Autorizo a descontar em meus proventos, os valores referentes às mensalidades do Plano SAUDE, incluindo os valores da co-participação, próprios e de meus dependentes. \_\_\_\_\_ Assinatura do Beneficiário Titular

Declaro, para os devidos fins, conhecer o inteiro teor das "Condições Gerais do Plano SAUDE" (vide verso), no qual me inscrevo neste ato e cujos dispositivos me obrigo a observar e cumprir.

Declaro, ainda, a veracidade das informações prestadas no ato desta inscrição, ciente de me submeter às sanções legais por falso testemunho. Expresso minha concordância no pagamento das mensalidades e eventuais co-participações referentes ao Plano SAUDE, cuja inadimplência implicará no cancelamento dos meus direitos.

\_\_\_\_\_ Assinatura do Beneficiário Titular

Declaro, outrossim, que todas as minhas dúvidas referentes ao Plano SAUDE foram esclarecidas, dando -me por satisfeito.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Assinatura do Beneficiário Titular

# CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO SAÚDE

O Plano SAÚDE é contratado e operacionalizado pela SAÚDE Sistema, registro na ANS no. 41.004-7, destinado aos funcionários e/ou associados e seus dependentes.

## 1. SERVIÇOS COBERTOS

Procedimentos previstos no Rol de Procedimentos da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar (Lei 9656/98); entre outros:

- Consultas em número ilimitado, realizadas em consultórios, ambulatório de hospitais ou clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, observado o item 4 dessas Condições Gerais;
- Exames Complementares, tais como: serviços de patologia clínica, anatomia patológica, citopatologia;
- Exames Radiológicos: radiologia simples, radiologia contrastada, angiografias, procedimentos especiais como broncografias, sialografias, artrografias e neuro-radiologia;
- Outros serviços diagnósticos, tais como: eletrocardiografia, cicloergometria, eletroencefalografias, endoscopias, eletromiografias, hemodinâmica, ultra-sonografias, tomografias computadorizadas, ressonância nuclear magnética, medicina nuclear;
- Serviços de terapia, tais como: fisioterapias, radioterapia em serviços de referência do SAÚDE Sistema, hemoterapia, diálise peritoneal e hemodiálise para pacientes agudos, quimioterapia em serviços de referência do SAÚDE Sistema, litotripsias extracorpóreas para litíase renal;
- Atendimentos Ambulatoriais: pequenas cirurgias realizadas em regime ambulatorial, atendimentos de urgência em serviços de pronto socorro, tratamentos ambulatoriais (curativos, imobilizações), atendimentos em regime de hospital dia;
- Internações Hospitalares: internações clínicas, pediátricas, cirúrgicas em ginecologia e obstetrícia;
- Internação em Hospital Geral para tratamento de portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, até o limite máximo de 15 (quinze) dias por ano de contrato, não cumulativo;
- Cobertura de atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme legislação específica;
- Cobertura de remoção, quando comprovadamente necessária para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica de que trata o contrato;
- Psicoterapia de crise, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativo;
- Custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato não cumulativo, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portador de transtorno psiquiátrico em situação de crise;
- Atendimento clínico ou cirúrgico decorrente de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas; Após os 30 (trinta) dias, o participante participará com 70% do valor da internação;
- Cirurgia plástica reparadora de mama, nos casos de tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer ocorrido na vigência do contrato;
- Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do participante titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;
- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
- Ceratotomias radiais para miopias e hipermetropias.

## 2. SERVIÇOS NÃO COBERTOS

- Aparelhos para surdez, óculos, lentes de contato, aparelhos ortopédicos e similares bem como o fornecimento de órteses e próteses não ligadas ao ato cirúrgico;
- Acidentes de trabalho e doenças profissionais, excluídos os acidentes pessoais de trânsito;
- Transplantes, exceto os de rins, córnea e medula óssea;
- Demais serviços não relacionados no Rol de Procedimentos da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar (Lei 9656/98).

## 3. CARÊNCIAS

- Os serviços previstos no contrato serão prestados aos beneficiários do plano, após o cumprimento das carências a seguir especificadas:
    - ✓ 24 horas para urgência e emergência, nos termos da lei;
    - ✓ 30 dias para consultas e exames básicos de diagnóstico;
    - ✓ 120 dias para cirurgias ambulatoriais;
    - ✓ 180 dias para exames especiais e internação ;
    - ✓ 180 dias para terapias ;
    - ✓ 300 dias para atendimento ao parto e CTI neonatal.
- Aproveitará as carências já cumpridas pelos beneficiários em outro plano de saúde, para as mesmas coberturas previstas no Plano SAÚDE, desde que a inscrição no plano ocorra no prazo estabelecido em contrato após o desligamento do beneficiário do outro plano, exceto 180 dias para terapias e 300 dias para atendimento ao parto.

## 4. PLANO

- O Plano SAÚDE possui co-participação do beneficiário em consultas, exames e procedimentos ambulatoriais, conforme contrato.

## 5. REEMBOLSO

- Prevê-se reembolso para procedimentos devidamente caracterizados pelo médico como urgência e emergência onde não houver rede credenciada. O reembolso será feito com base na tabela de referência da SAÚDE e deverá ser pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos:
    - ✓ Solicitação do reembolso através do preenchimento de formulário próprio;
    - ✓ Cópia xerox dos recibos discriminando as despesas pagas.
- As despesas que ultrapassarem os valores constantes da tabela de referência da SAÚDE ou que nela não estejam previstos, serão de responsabilidade do beneficiário.