

Nº APÓLICE		Nº CERTIFICADO		SUC	SUBESTIPULANTE CENTRO CUSTO			LOTAÇÃO
ESTIPULANTE							MATRÍCULA	
SUBESTIPULANTE							PLANO	
NOME DO PROPONENTE							CPF	
DOCUMENTO DE IDENTIDADE								
TIPO	Nº	ORGÃO EXP	DATA EXPEDIÇÃO	NOME DA MÃE				
<b>ENDEREÇO COMPLETO (RUA, AV., Nº, COMPL.)</b>								
BAIRRO			CIDADE	UF	CEP	TELEFONE		
DATA ADMISSÃO		DATA NASCIMENTO		ESTADO CIVIL			SEXO	DATA INCLUSÃO
LOCAL TRABALHO (CIDADE)	UF	BANCO Nº	NOME	AGENCIA Nº	DIV	CONTA CORRENTE Nº	DIV	
PIS	CNS			EMAIL				

**Dependentes**

<b>1</b>	Nome			Nome da Mãe				
	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Data de Nascimento	CPF	<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Terceiro	Nº
<b>2</b>	Nome			Nome da Mãe				
	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Data de Nascimento	CPF	<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Terceiro	Nº
<b>3</b>	Nome			Nome da Mãe				
	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Data de Nascimento	CPF	<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Terceiro	Nº
<b>4</b>	Nome			Nome da Mãe				
	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Data de Nascimento	CPF	<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Terceiro	Nº
<b>5</b>	Nome			Nome da Mãe				
	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Data de Nascimento	CPF	<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Terceiro	Nº

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE / SEGURO SAÚDE**

Perguntas		Titular	Dependentes				
Item	Válidas para Titular e Dependente(s). Em caso de resposta afirmativa, devem ser especificados no Quadro Descritivo a doença, o tratamento ou cirurgia realizada ou a realizar e os problemas de saúde.		1	2	3	4	5

É portador de:

1	Doenças do metabolismo e endócrinas (diabetes, tireóide, obesidade, etc.)?					
2	Doenças oncológicas (câncer)? Se sim, informar data do diagnóstico, órgão afetado e tratamento realizado.					
3	Doenças infecto-contagiosas ou parasitárias (AIDS, hepatites, meningites, tuberculose, Hanseníase, etc.)?					
4	Doenças cardiovasculares (hipertensão, arritmias cardíacas, angina, infarto, varizes, etc.)?					
5	Doenças do aparelho respiratório (alergia, bronquite, asma, pneumonia, enfisema, etc.)?					
6	Doenças ortopédicas ou articulares (escoliose, hérnia de disco, fraturas, osteoporose, etc.)?					
7	Doenças reumáticas/auto-imunes (artrite, lúpus eritematoso, esclerose múltipla, osteomielite, etc.)?					
8	Doenças neurológicas (derrame, Parkinson, epilepsia, paralisia cerebral, Alzheimer, neurocisticercose, etc.)?					
9	Doenças gastroenterológicas (úlcera, cirrose hepática, pancreatite, gastrite, diverticulite, cálculo vesicular, etc.)?					
10	Doenças otorrinolaringológicas (sinusite, rinite, desvio de septo, diminuição da audição, amigdalite, otite, etc.)?					
11	Doenças psiquiátricas (depressão, esquizofrenia, demência, autismo, dependência química, etc.)?					
12	Doenças hematológicas (anemia, leucemia, linfoma, hemofilia, doença de Hodgkin, etc.)?					
13	Doenças oftalmológicas (catarata, miopia, glaucoma, estrabismo, etc.)?					

14	De alguma outra doença não relacionada nas perguntas anteriores?						
----	--	--	--	--	--	--	--

Se for do Sexo Feminino

22	Sequelas ou insuficiência de órgãos decorrentes de alguma doença?						
----	---	--	--	--	--	--	--

23	De alguma outra doença não relacionada nas perguntas anteriores?						
----	--	--	--	--	--	--	--

### QUADRO DESCRITIVO

Item	Esclarecimento	Titular	Dependentes				
			1	2	3	4	5
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 1 – No preenchimento dessa declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
- 2 – A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e/ou lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
- 3 – Havendo declaração de doenças e/ou lesões preexistentes, serão oferecidas duas opções: a) Cobertura Parcial Temporária – CPT: é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças e/ou lesões preexistentes declaradas pelo segurado ou seu representante legal. b) Agravo: é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o segurado tenha direito integral à cobertura segurada, para a doenças e/ou lesões preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais. O agravo será regido por aditivo contratual específico que indicará o percentual ou o valor do acréscimo no prêmio mensal e o seu período de vigência, que poderá ser permanente. Uma vez optado pela CPT, não haverá alternativa de substituí-la pelo pagamento de agravo para que o Beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada para doenças e/ou lesões preexistente declaradas, após cumpridos os prazos de carências contratuais.
- 4 – Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças e/ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora comprove perante a ANS que o consumidor omitiu as doenças e/ou lesões no preenchimento desta declaração. Até decisão da ANS não haverá suspensão do contrato nem do atendimento.
- 5 – A omissão de informação sobre a existência de doenças e/ou lesões preexistentes das quais o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada perante a ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Neste caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento das doenças e/ou lesões omitidas, isto é, não declaradas, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência destas.

### ENTREVISTA MÉDICA QUALIFICADA

- Opto pelo preenchimento da Declaração de Saúde utilizando entrevista médica qualificada e fui orientada pelo profissional cujos dados seguem abaixo:

Nome do Médico	CRM	Telefone
Data da Entrevista	Carimbo e Assinatura	

- Opto pelo preenchimento da Declaração de Saúde não utilizando entrevista médica qualificada assumindo, assim, que entendi todas as questões apresentadas me responsabilizando totalmente pelas respostas.

**Declaro que nada omiti e que estou ciente que a omissão de fatos e informações do estado de saúde dos beneficiários poderão influir no correto enquadramento das coberturas e que poderá ser considerado como comportamento fraudulento, implicando na rescisão do contrato, além de estar obrigado a arcar com os custos dos procedimentos obtidos com cirurgia, uso de leito de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, ligados às doenças e/ou lesões preexistentes.**

Data	Assinatura do Proponente
------	--------------------------

Observações

Data	Carimbo e Assinatura
------	----------------------