



**PROPOSTA DE ADMISSÃO - P.M.E.**  
**PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS - COLETIVO EMPRESARIAL / ADESÃO**

Nº do Cadastro

Início / Vigência

AMESP SISTEMA DE SAÚDE LTDA. - CNPJ 02.756.886/0001-23 - RUA DR. RAFAEL DE BARROS, 232 - PARAÍSO - S. PAULO - SP - CEP 04003-041

**01 - Inclusão**

TITULAR  
 DEPENDENTE

**02 - Dados da Empresa Contratante**

Código da Empresa Ração Social da Empresa

**03 - Dados do Titular (preenchimento obrigatório)**

00 - Código do Titular Nome do Titular Idade Cód. Carência

**Preenchimento obrigatório somente na inclusão de titular**

Categoria do Plano  
 ÓRION 1010 ENF.  FÊNIX 2020 ENF.  TAURUS 3030 ENF.  GÊMINI 4040 APTO.  PÉGASUS 5050 APTO.  EMPRESARIAL ABC  EMPRESARIAL OESTE

Estado Civil  Casado  Solteiro  Viúvo  Separado  Outros  Sexo  Masc.  Fem.  Etnia  Branca  Negra  Parda  Amarela  Índigena

Data de Nascimento Data de Admissão Nome da Mãe (preenchimento obrigatório)

Escolaridade  Não Alfabetizado  Ensino Fundamental  Ensino Médio  Ensino Superior  Pós Graduação  Completo  Incompleto

CEP Endereço Residencial (Av., Rua, Pça.) Nº Compl. Bairro

Cidade UF Tel. Resid. Tel. Compl. CPF nº (preenchimento obrigatório) RG nº (preenchimento obrigatório)

PIS nº (funcionário registrado) **PRODUTOS OPCIONAIS**  
 ODONTOLÓGICO  AMESP TOTAL  AMESP TOTAL PLUS  P.C.M.S.O. (NR-7)  A.T. - ACID. TRABALHO

**04 - Dados Dependentes / Agregados**

Não preencher - Uso Amesp

01 - Parentesco Nome Idade Data de Nascimento Sexo Categ. Plano Cód. Carência

Nome da Mãe 1º Dep (preenchimento obrigatório) **Produtos Opcionais**  
 ODONTOLÓGICO  AMESP TOTAL  AMESP TOTAL PLUS

02 - Parentesco Nome Idade Data de Nascimento Sexo Categ. Plano Cód. Carência

Nome da Mãe 2º Dep (preenchimento obrigatório) **Produtos Opcionais**  
 ODONTOLÓGICO  AMESP TOTAL  AMESP TOTAL PLUS

03 - Parentesco Nome Idade Data de Nascimento Sexo Categ. Plano Cód. Carência

Nome da Mãe 3º Dep (preenchimento obrigatório) **Produtos Opcionais**  
 ODONTOLÓGICO  AMESP TOTAL  AMESP TOTAL PLUS

04 - Parentesco Nome Idade Data de Nascimento Sexo Categ. Plano Cód. Carência

Nome da Mãe 4º Dep (preenchimento obrigatório) **Produtos Opcionais**  
 ODONTOLÓGICO  AMESP TOTAL  AMESP TOTAL PLUS

**DOCUMENTOS PARA MOVIMENTAÇÃO DE NOVOS ASSOCIADOS**

**DATAS DE MOVIMENTAÇÃO PME**

A Proposta de Admissão deverá estar devidamente preenchida carimbada, assinada e acompanhada dos seguintes documentações:

- Titular** - Cópia da Ficha de Registro autenticada, carimbada e assinada.
- Filho** - Cópia da certidão de nascimento ou R.G. ou C.P.F.
- Cônjuge** - Cópia da certidão de casamento ou declaração de escritura pública.
- Autônomo** - Carta de Prestador de Serviço.

Pagamento	Fechamento
Todo dia 10	até dia 25 de todo mês
Todo dia 20	até dia 05 de todo mês
Todo dia 30	até dia 15 de todo mês

**INFORMAÇÕES AO CONSUMIDOR**

**ANEXO II, da Resolução - RN nº 20, de 12 de dezembro de 2002.**

- 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.
- A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e 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.
- Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, serão oferecidas duas opções:
  - Cobertura Parcial Temporária** - o consumidor não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
  - Agravo** - Acréscimo no preço mensal do plano para que o consumidor tenha direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.
- Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas concretas junto à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. ATÉ DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.
- A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

# DECLARAÇÃO DE SAÚDE

## PROIBIDO O PREENCHIMENTO POR TERCEIROS

(acompanha essa declaração notas informativas ao consumidor no anverso)

Item	Responda as perguntas abaixo assinalando <b>SIM</b> ou <b>NAO</b>	Titular	1º Dependente	2º Dependente	3º Dependente	4º Dependente
01	Sofre de alguma doença atual ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
02	Sofre de alguma doença do aparelho cárdio circulatório como: pressão alta, infarto do miocárdio, angina de peito, doença das válvulas cardíacas, insuficiência cardíaca, arritmias ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
03	Sofre de alguma doença do aparelho respiratório como: asma, bronquite, enfizema pulmonar, tuberculose pulmonar, pneumonia ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
04	Sofre de alguma doença do aparelho digestivo como: gastrite, úlcera, hérnia de hiato, varizes de esôfago, hepatite, pedra na vesícula, pancreatite, diarreia crônica, cirrose do fígado, hemorroidas, barriga d'água ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
05	Sofre de alguma doença do aparelho gênito urinário como: insuficiência renal, pedras nos rins, hidronefrose, prostatite, fimose ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
06	Sofre de alguma doença ginecológica ou das mamas como: caroço nas mamas, gigantismo mamário, bexiga caída, útero caído, cisto do ovário, mioma uterino ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
07	Sofre de alguma doença do aparelho ostêo articular como: artrite, artrose, febre reumática, gota, fraturas, escoliose, hérnia de disco, osteoporose ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
08	Sofre de alguma doença das veias ou artérias como: úlcera nas pernas, linfedema, varizes nas pernas, doença isquêmica das pernas ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
09	Sofre de alguma doença mental ou do comportamento como: depressão, esquizofrenia, neuroses, retardo mental ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10	Sofre de alguma doença do metabolismo como: diabete, tireoidite, obesidade, hipertiroidismo, hipotiroidismo, bulimia ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11	Sofre de alguma doença do sistema nervoso como: doença de Parkinson, epilepsia, derrame cerebral, isquemia cerebral, doenças paralíticas ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12	Sofre de alguma doença do ouvido, nariz ou garganta como: sinusite crônica, otite crônica, surdez, desvio do nariz ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13	Sofre de alguma doença dos olhos como: catarata, glaucoma, descolamento da retina, cegueira, miopia, astigmatismo, hipermetropia, estrabismo ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14	Sofre de alguma doença do sangue ou imunológica como: anemia, leucemia, púrpura, talassemia ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15	Sofre de algum tumor benigno ou maligno (câncer) em alguma parte do corpo ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
16	Sofre de hérnias como: ingüinal, umbilical, escrotal, incisional ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
17	Sofre de alguma doença infecto contagiosa como: hepatite, tuberculose, AIDS ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
18	Sofre de alguma doença ou mal formação congênita ou hereditária ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
19	Sofre de alguma dependência química como: álcool, drogas ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
20	Sofre de alguma seqüela decorrente de queimaduras ou acidentes ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
21	Sofre de alguma doença que houve a necessidade de utilização de prótese ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
22	Sofre de alguma doença em que foi necessário a realização de implante ou transplante ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
23	Sofre de alguma doença em que foi necessária a utilização de sangue ou de seus derivados ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
24	Sofre de alguma doença que motivou seu afastamento por algum período das atividades normais de trabalho ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
25	Sofre de alguma doença que tenha ocasionado perda parcial ou total de algum membro, órgão ou sentido ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
26	Está grávida ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
27	Sofre de algum agravo de saúde ou doença não questionados nos itens anteriores ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

**Se você assinalou SIM para qualquer pergunta acima, por favor faça comentários adicionais sobre a mesma, utilizando o espaço abaixo:**

---



---



---



---



---

### DECLARAÇÃO

Estou ciente que tenho o direito de ser acompanhado por um médico da Amesp, sem custo, no preenchimento desta declaração, ou por um médico de minha confiança e que neste caso arcarei com seus honorários.

Não tenho dúvidas e irei preenchê-la sem acompanhamento de médico.

Em caso de assistência de médico orientador:

Dr: \_\_\_\_\_ CRM Nº \_\_\_\_\_

Declaro conforme formulário acima que não tenho doença ou lesão preexistente.

Declaro que possuo doença ou lesão preexistente conforme assinalado no formulário acima.

Em caso de doença ou lesão preexistente minha opção é, tendo lido as informações no quadro no anverso.

Cobertura Parcial Temporária.

Agravo.

Declaro que todas as informações acima foram por mim prestadas pelas quais assumo toda responsabilidade civil e criminal.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

assinatura do titular + carimbo da empresa

PROTOCOLO  
(USO DESTINADO AMESP)