

SEGURO NOVO
 INCLUSÃO DE DEPENDENTES NO SEGURO
 Nº _____

NÚMERO
75-
 SUCURSAL/CÓDIGO

**PROPOSTA DE ADESÃO
 DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

CORRETOR
 CORRETOR _____ SUSEP _____

PROPONENTE/TITULAR
 ESTIPULANTE Nº DO ESTIPULANTE Nº DO SUB-ESTIPULANTE UNIDADE INÍCIO DE VIGÊNCIA
 NOME COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*)
 R.G. (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*) ÓRGÃO EMISSOR/UF (*) DATA DE EXPEDIÇÃO (*) SE ESTRANGEIRO, INFORMAR O Nº DO PASSAPORTE OU DA CARTEIRA CIVIL (*) DATA DE NASCIMENTO
 IDADE SEXO ESTADO CIVIL E-MAIL
 ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) Nº COMPLEMENTO
 BAIRRO CIDADE UF CEP (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL
 PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) DATA DE ADMISSÃO REGISTRO FUNCIONAL
 CENTRO DE CUSTO PLANO FAIXA DE CO-PARTICIPAÇÃO
 PIS/PASEP (*) NOME DA MÃE (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

RESPONSÁVEL LEGAL (Preencher quando o proponente/titular for menor de idade)
 NOME COMPLETO
 CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) GRAU DE PARENTESCO
 PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*) R.G. (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) ÓRGÃO EMISSOR/UF (*) DATA DE EXPEDIÇÃO (*)
 ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) Nº COMPLEMENTO
 BAIRRO CIDADE UF CEP (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL

DEPENDENTES
 SEXO: M - MASCULINO F - FEMININO ESTADO CIVIL: 1 - SOLTEIRO 2 - CASADO 3 - VIÚVO 4 - DIVORCIADO/SEPARADO PARENTESCO: 2 - CÔNJUGE 3 - FILHO 4 - DEPENDENTES ESPECIAIS

DEPENDENTE 2
 DATA DE NASCIMENTO IDADE SEXO ESTADO CIVIL GRAU DE PARENTESCO
 PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*) CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*) RG (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*) ÓRGÃO EMISSOR/UF (*) DATA DE EXPEDIÇÃO (*)
 ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) Nº COMPLEMENTO
 BAIRRO CIDADE UF CEP (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL
 NOME DA MÃE (DEPENDENTE 2) (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

DEPENDENTE 3
 DATA DE NASCIMENTO IDADE SEXO ESTADO CIVIL GRAU DE PARENTESCO
 PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*) CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*) RG (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*) ÓRGÃO EMISSOR/UF (*) DATA DE EXPEDIÇÃO (*)
 ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) Nº COMPLEMENTO
 BAIRRO CIDADE UF CEP (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL
 NOME DA MÃE (DEPENDENTE 3) (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

DEPENDENTE 4
 DATA DE NASCIMENTO IDADE SEXO ESTADO CIVIL GRAU DE PARENTESCO
 PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*) CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*) RG (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*) ÓRGÃO EMISSOR/UF (*) DATA DE EXPEDIÇÃO (*)
 ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) Nº COMPLEMENTO
 BAIRRO CIDADE UF CEP (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL
 NOME DA MÃE (DEPENDENTE 4) (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

PARA USO DA SEGURADORA

Importante:
 As informações cadastrais aqui prestadas fazem parte integrante da Proposta de Adesão de Saúde. É obrigatório a assinatura e o preenchimento do campo "local e data de preenchimento" pelo proponente titular e/ou seu representante legal na Proposta de Adesão Declaração de Saúde e Carta e Orientação ao Beneficiário, sendo que a data de assinatura deverá ser a mesma em ambos os documentos. O documento não terá aceitação se as informações descritas acima não estiverem devidamente preenchidas.

AUTENTICAÇÃO - PROTOCOLO ELETRÔNICO

ANS - nº 00058-2

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento 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 **Agravo**, 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:

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

Ass: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário:

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Ass: _____

**PROPOSTA DE ADESÃO
DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

ITEM	Responda de PRÓPRIO PUNHO as perguntas a seguir, com "S" Sim e "N" Não, considerando a si e a todos os dependentes que farão parte do seguro. Existindo alguma resposta afirmativa, mencionar detalhes no campo "Esclarecimentos" .	PROPONENTES			
		TIT.	DEP. 2	DEP. 3	DEP. 4
1	VOCÊ FAZ TRATAMENTO PARA PROBLEMAS CRÔNICOS E/OU AGUDOS? QUAIS E COMO?				
2	TEM ALGUMA CIRURGIA PREVISTA? QUAL? QUANDO?				
3	FOI SUBMETIDO, NOS ÚLTIMOS 24(VINTE E QUATRO) MESES, A ALGUM EXAME RADIOLÓGICO (RX, ULTRA-SOM, TOMOGRAFIA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, ETC)? ANEXAR LAUDO.				
4	ALGUMA CIRURGIA, INTERNAÇÃO E/OU TRATAMENTO? QUAL? QUANDO?				
5	ALGUMA MOLÉSTIA COMO CHAGAS, INFARTO, ANGINA, VARIZES, HIPERTENSÃO, AVC ("DERRAME"), PROBLEMAS CARDÍACOS OU PULMONARES?				
6	ALGUMA MOLÉSTIA DOS RINS, BEXIGA, PRÓSTATA, ÓRGÃOS GENITAIS OU CÁLCULOS?				
7	ALGUMA MOLÉSTIA DOS OLHOS (DEFINIR O GRAU), OUVIDOS OU GARGANTA?				
8	ALGUMA MOLÉSTIA DA TIREÓIDE, GOTA OU DIABETES, EPILEPSIA, PROBLEMAS GÁSTRICOS, TUMORES OU CÂNCER? REALIZA ALGUM TRATAMENTO? QUAL?				
9	ALGUMA MOLÉSTIA COMO PROBLEMAS ARTICULARES (JOELHOS, OMBROS, ETC), DA COLUNA VERTEBRAL, ARTRITE OU REUMATISMO?				
10	ALGUMA MOLÉSTIA COMO ANEMIAS, LEUCEMIA OU DOENÇA DE HODGKIN, HEPATITES, INFECÇÕES ASSOCIADAS AO HIV OU DOENÇAS TROPICAIS (MALÁRIA, ETC)?				
11	JÁ FOI PORTADOR DE OBESIDADE QUE NECESSITOU DE TRATAMENTO MÉDICO?				
12	ALGUMA MOLÉSTIA, NÃO IDENTIFICADA ACIMA , QUE O OBRIGUE A CONSULTAR UM MÉDICO, FAZER EXAMES OU TRATAMENTOS PERIÓDICOS? ESCLAREÇA.				
13	MULHERES: ESTÁ GRÁVIDA? (SE SIM, MENCIONAR QUANTOS MESES)				
14	QUAL O SEU PESO ATUAL? (ANOTAR EM CADA QUADRO)				
15	QUAL A SUA ALTURA ATUAL? (ANOTAR EM CADA QUADRO)				
16	TEM PLANO DE SAÚDE ANTERIOR? QUAL? HÁ QUANTO TEMPO?				

PARA EVENTUAIS ESCLARECIMENTOS SOBRE A DECLARAÇÃO DE SAÚDE É IMPRESCINDÍVEL INFORMAR

TELEFONE CONTATO (COM., CEL., ETC)

NOME E TELEFONE DO SEU MÉDICO (CASO ESTEJA EM TRATAMENTO OU ACOMPANHAMENTO)

ESCLARECIMENTOS

ITEM	PROP.

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.

preenchido pelo próprio Proponente

preenchido pelo Médico Orientador (necessário assinatura sob carimbo com nome completo e CRM)

2. 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.

3. Definições:

a) Cobertura Parcial Temporária 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 (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

b) Agravo é 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, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

4. 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.

5. 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 DO PROPONENTE TITULAR/RESPONSÁVEL LEGAL

Declaro estar ciente das implicações legais inerentes a Lei 9.656/98 bem como as decorrentes da omissão, inexistência ou erro das informações aqui prestadas de acordo com o disposto na Resolução Normativa nº 162/07 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e no art. 766 do Código Civil onde "se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderá o direito à garantia além de ficar obrigado ao prêmio vencido".

Concordo em realizar, quando solicitado pela Seguradora, exames ou entrevista médica (pessoalmente ou por telefone), com a finalidade de complementar as informações aqui prestadas.

LOCAL E DATA DE PREENCHIMENTO

ASSINATURA/CARIMBO DA EMPRESA

ASSINATURA DO PROPONENTE TITULAR OU RESPONSÁVEL LEGAL QUANDO MENOR DE 18 ANOS

Importante:

É obrigatório a assinatura e o preenchimento do campo "local e data de preenchimento" pelo proponente titular e/ou seu representante legal na Proposta de Adesão Declaração de Saúde e Carta e Orientação ao Beneficiário, sendo que a data de assinatura deverá ser a mesma em ambos os documentos.

O documento não terá aceitação se as informações descritas acima não estiverem devidamente preenchidas.

SAC: 0800-727-2762 (informação, reclamação e cancelamento)

0800-727-8736 (atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) ou Acsse: www.portoseguro.com.br