

Importante

- 1) Os campos com * são de uso exclusivo da Seguradora.
- 2) Os campos com sombreado devem ser preenchidos de acordo com a legenda (ver penúltima página).
- 3) Os campos **Dados Cadastrais do Proponente Titular** e **Dados Cadastrais dos Proponentes Dependentes** também deverão ser preenchidos quando da contratação somente do odontológico.

Saúde										
Produto					Cód. da Empresa			Proposta/Certificado nº		
Estipulante					Número Apólice			Desdobramento D.V.		
Dados Cadastrais do Proponente Titular										
Empresa		Matrícula			DF	Local	Abrangência Geográfica	Categoria	Setor	
Nome do Plano							Plano (*)			
Data Admissão na Empresa		Data Início Vigência		Sujeita à Carência (*)			Carência (*)			
				Sim Não						
Dados Pessoais do Proponente Titular										
Dep. 01	Nome Completo do Titular							Data Nascimento		
Sexo		Estado Civil			Permanência (*)	Agrupamento de CI (*)	Grau Parentesco	Situação Plano(*)		
Feminino		Casado Divorciado								
Masculino		Solteiro Viúvo Outros								
Carteira de Identidade		Órgão Emissor	UF	Data de Expedição	País Emis. Cart. Identidade		Nacionalidade			
CPF		D.V.	PIS/PASEP			Cadastro Nacional de Saúde - CNS				
Nome da Mãe										
(DDD) Telefone Residencial			(DDD) Telefone Comercial			(DDD) Celular				
e-mail					Grau de Escolaridade	Renda Familiar Mensal	Profissão			
Informações sobre o Plano de Origem/Anterior - Importante: Na existência de plano anterior, preencher e anexar cópia da última relação de beneficiários e das 3 últimas faturas quitadas (e última, original).										
Nome do Plano de Origem			Contrato de Origem Nº.			Vigência do Plano de Origem				
						De / / Até / /				
Dados Bancários do Titular										
Banco	Agência		Conta Corrente				CPF do titular da Conta Conjunta			D.V.
Nome do Responsável da Conta Conjunta										
Endereço Residencial do Titular										
Número		Complemento				Bairro				
Município					UF	CEP				

Dados Cadastrais dos Proponentes Dependentes

Dep.	Nome Completo do Dependente														Data Nascimento																	
Sexo																		Permanência (*)			Agrupamento de CI (*)			Grau Parentesco			Situação Plano (*)			Carência (*)		
Feminino																																
Masculino																																
Carteira de Identidade					Órgão Emissor			UF	Data de Expedição			País Emis. Cart. Identidade			Nacionalidade																	
CPF					D.V.	PIS/PASEP			Cadastro Nacional de Saúde - CNS																							
Nome da Mãe																																

Informações sobre o Plano de Origem/Anterior - Importante: Na existência de plano anterior, preencher e anexar cópia da última relação de beneficiários e das 3 últimas faturas quitadas (e última, original).

Nome do Plano de Origem						Contrato de Origem Nº.						Vigência do Plano de Origem					
												De / / Até / /					

Dep.	Nome Completo do Dependente														Data Nascimento																	
Sexo																		Permanência (*)			Agrupamento de CI (*)			Grau Parentesco			Situação Plano (*)			Carência (*)		
Feminino																																
Masculino																																
Carteira de Identidade					Órgão Emissor			UF	Data de Expedição			País Emis. Cart. Identidade			Nacionalidade																	
CPF					D.V.	PIS/PASEP			Cadastro Nacional de Saúde - CNS																							
Nome da Mãe																																

Informações sobre o Plano de Origem/Anterior - Importante: Na existência de plano anterior, preencher e anexar cópia da última relação de beneficiários e das 3 últimas faturas quitadas (e última, original).

Nome do Plano de Origem						Contrato de Origem Nº.						Vigência do Plano de Origem					
												De / / Até / /					

Dep.	Nome Completo do Dependente														Data Nascimento																	
Sexo																		Permanência (*)			Agrupamento de CI (*)			Grau Parentesco			Situação Plano (*)			Carência (*)		
Feminino																																
Masculino																																
Carteira de Identidade					Órgão Emissor			UF	Data de Expedição			País Emis. Cart. Identidade			Nacionalidade																	
CPF					D.V.	PIS/PASEP			Cadastro Nacional de Saúde - CNS																							
Nome da Mãe																																

Informações sobre o Plano de Origem/Anterior - Importante: Na existência de plano anterior, preencher e anexar cópia da última relação de beneficiários e das 3 últimas faturas quitadas (e última, original).

Nome do Plano de Origem						Contrato de Origem Nº.						Vigência do Plano de Origem					
												De / / Até / /					

Dep.	Nome Completo do Dependente														Data Nascimento																	
Sexo																		Permanência (*)			Agrupamento de CI (*)			Grau Parentesco			Situação Plano (*)			Carência (*)		
Feminino																																
Masculino																																
Carteira de Identidade					Órgão Emissor			UF	Data de Expedição			País Emis. Cart. Identidade			Nacionalidade																	
CPF					D.V.	PIS/PASEP			Cadastro Nacional de Saúde - CNS																							
Nome da Mãe																																

Informações sobre o Plano de Origem/Anterior - Importante: Na existência de plano anterior, preencher e anexar cópia da última relação de beneficiários e das 3 últimas faturas quitadas (e última, original).

Nome do Plano de Origem						Contrato de Origem Nº.						Vigência do Plano de Origem					
												De / / Até / /					

Odontológico

Produto	Cód. da Empresa	Proposta/Certificado nº
---------	-----------------	-------------------------

Estipulante	Número Apólice	Desdobramento D.V.
-------------	----------------	--------------------

Dados Cadastrais do Proponente Titular

Empresa	Matrícula	DF	Local	Abrangência Geográfica	Categoria	Setor
---------	-----------	----	-------	------------------------	-----------	-------

Nome do Plano	Plano (*)
---------------	-----------

Data Admissão na Empresa	Data Início Vigência	Sujeita à Carência (*)	Carência (*)
/ /	/ /	Sim Não	

Proponente

Nome Titular	Carência	Sim	Não
--------------	----------	-----	-----

Dependentes

Nome do Dependente 1	Carência	Sim	Não
----------------------	----------	-----	-----

Nome do Dependente 2	Carência	Sim	Não
----------------------	----------	-----	-----

Nome do Dependente 3	Carência	Sim	Não
----------------------	----------	-----	-----

Nome do Dependente 4	Carência	Sim	Não
----------------------	----------	-----	-----

Observação:

Adesão obrigatória do Proponente Titular

Informações sobre o Plano de Origem/Anterior - Importante: Na existência de plano anterior, preencher e anexar cópia da última relação de beneficiários e das 3 últimas faturas quitadas (e última, original)

Nome do Plano de Origem	Contrato de Origem Nº.	Vigência do Plano de Origem
		De / / Até / /

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA O SEGURO SAÚDE

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

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 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

Nome: _____

Assinatura: _____

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Declaração de Saúde

Temos ciência de que a Declaração de Saúde deverá ser preenchida de próprio punho, independente do auxílio do Médico Orientador, por cada um dos Titulares componentes do Grupo Segurável, sendo responsáveis também pelos seus dependentes, e que todos leram e estão cientes do conteúdo da cláusula "Doenças e Lesões Preexistentes", conforme descrito nas condições gerais do contrato de seguro saúde. Não serão aceitas Declarações com rasuras.

"S" = SIM
ou
"N" = NÃO

Item	Titular	Dependentes			
		01	02	03	04
1	Doenças do aparelho cardio-circulatório (hipertensão, angina, infarto, derrames, arritmias cardíacas, entre outras)?				
2	Doenças das veias e artérias (varizes, trombozes, aneurismas, hemorróidas, entre outras)?				
3	Doenças endócrinas e/ou metabólicas (diabetes, transtornos da glândula tireóide, entre outras)?				
4	Doenças do aparelho digestivo (gastrite, úlcera, esofagite, pancreatite, varizes de esôfago, diverticulites, doença de Crohn, entre outras)?				
5	Hérnias (hiato, inguinal, umbilical, entre outras)?				
6	Doenças renais ou da bexiga (insuficiência renal, rins policísticos, anomalias da pelve renal, do ureter, bexiga e uretra, cálculos renais, entre outras)?				
7	Doenças dos órgãos genitais masculinos (hiperplasia de próstata, hidrocele, impotência, entre outras)?				
8	Doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, entre outras)?				
9	Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfizema, pneumonias de repetição, entre outras)?				
10	Doenças do ouvido, nariz ou garganta (diminuição da audição, problemas de adenóide, colesteatoma, desvio de septo, entre outras)?				
11	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, retinopatias, entre outras)?				
12	Doenças ou mal formações congênitas ou hereditárias ?				
13	Doenças imunológicas (AIDS ou é portador do vírus HIV, entre outras)?				
14	Doenças ou tumorações benignas ou malignas (câncer)?				
15	Doenças reumáticas (artrites, febre reumática, entre outras)?				
16	Doenças neurológicas (epilepsia, derrame, paralisia cerebral, Parkinson, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, entre outras)?				
17	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outras)?				
18	Transtornos de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras)?				
19	Doenças ginecológicas e das mamas (transtornos do períneo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, entre outras)?				
20	Doenças da pele (psoríase, dermatite, alergias, entre outras)?				
21	Doenças infecto-contagiosas (hepatites A, B, C, D e/ou E, tuberculose, entre outras)?				
22	Doenças ortopédicas (artrose, hérnia de disco, fraturas, entre outras)?				
23	Obesidade mórbida?				
24	Alguma doença ou lesão não mencionada acima?				
25	Alguma internação?				
26	Indique no quadro de Peso e Altura as informações sobre você e seus dependentes.				

Unidade de Medida	Titular	Dependente 01	Dependente 02	Dependente 03	Dependente 04
Peso (Kg)					
Altura (m)					

* Obesidade mórbida = IMC superior a 40Kg/m² ou superior a 35Kg/m² e portador de doença crônica associada. O Índice de Massa Corpórea (IMC) é calculado dividindo-se o peso em quilogramas pela altura em metros, elevada ao quadrado: $IMC = \text{Peso (em Kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (em metros)}$.

Legendas

Abrangência Geográfica - Conforme Proposta de Seguro

Dep

- 01 - Titular
- 03 - Companheiro(a)
- 02 - Cônjuge
- 10 - Em diante - Demais Dependentes.

Grau de Escolaridade

- 01 - Ensino Fundamental ou Ensino Médio (1º ou 2º Grau)
- 02 - Superior Incompleto
- 03 - Superior Completo
- 04 - Pós-Graduação
- 05 - Mestrado
- 06 - Doutorado
- 07 - Pós-Doutorado

Grau Parentesco

- 1 - Cônjuge
- 2 - Filho (a)
- 3 - Pais
- 4 - Companheiro (a)
- 5 - Outros
- 6 - Enteado (a)

Renda Familiar Mensal

- 01 - Até R\$ 1.000,00
- 02 - De R\$ 1.000,01 a R\$ 3.000,00
- 03 - De R\$ 3.000,01 a R\$ 5.000,00
- 04 - De R\$ 5.000,01 a R\$ 8.000,00
- 05 - De R\$ 8.000,01 a R\$ 12.000,00
- 06 - Mais de R\$ 12.000,00

Profissões

- 01 - Aposentado/Pensionista
- 02 - Servidor/Empregado Público
- 03 - Espólio
- 04 - Estudante
- 05 - Empresários/Proprietários de estabelecimento
- 06 - Médico
- 07 - Odontólogo
- 08 - Psicólogo/Pedagogo
- 09 - Biólogo/Biomédico
- 10 - Farmacêutico
- 11 - Veterinário/ Zootecnista
- 12 - Fonoaudiólogo
- 13 - Fisioterapeuta/Terapia Ocupacional
- 14 - Enfermeiro/ Nutricionista
- 15 - Técnico em Ciências Biológicas
- 16 - Técnico/Auxiliar de Laboratório e de Biologia
- 17 - Advogado
- 18 - Administrador
- 19 - Economista
- 20 - Profissionais de Marketing/Publicitários
- 21 - Comunicólogo/Sociólogo/Assistente Social
- 22 - Bibliotecário/Arquivista/Museólogo/Arqueólogo
- 23 - Sacerdote/membro de ordens/seitas religiosas
- 24 - Professor/trabalhador ligado ao ensino
- 25 - Securitário

- 26 - Bancário
- 27 - Corretor de Imóveis/seguros/títulos/valores
- 28 - Agente de Viagem/Guia de Turismo
- 29 - Secretários/Auxiliar Administrativo/afins
- 30 - Arquiteto
- 31 - Engenheiro/Agrônomo
- 32 - Profissionais de Informática
- 33 - Contador/Auditor/afins
- 34 - Químico/Físico/Astrônomo/ afins
- 35 - Geógrafo/Geólogo
- 36 - Matemático/Estatístico/Atuário
- 37 - Técnico de Contabilidade/Estatística
- 38 - Desenhista/Técnico de Ciências Exatas
- 39 - Escultor/Pintor/Decorador e afins
- 40 - Músico/Artista/Bailarino/Modelo/afins
- 41 - Atleta/Instrutor/Preparador/afins
- 42 - Militar ativa/reserva e Polícias
- 43 - Motorista
- 44 - Técnico Mecânico/Lanterneiros/afins
- 45 - Técnico Eletricista/Eletrônica/Telecomunicações
- 46 - Trabalhador da construção civil/metalúrgicos
- 47 - Trabalhador rural
- 48 - Vendedor/Demonstrador/Comprador/afins
- 49 - Hotelaria/Garçom/afins
- 50 - Outros

Órgão Emissor

- 01 - Carteira de Identidade Classista
- 02 - Cons. Reg. Corretores Imóveis
- 03 - Cons. Reg. de Assistentes Sociais
- 04 - Cons. Reg. de Biblioteconomia
- 05 - Cons. Reg. de Contabilidade
- 06 - Cons. Reg. Enfermagem
- 07 - Cons. Reg. Eng. Arq. e Agronomia
- 08 - Cons. Reg. Fisiot.Ocupacional
- 09 - Cons. Reg. Prof.Relações Públicas
- 10 - Cons. Regional de Administração
- 11 - Cons. Regional de Estatística
- 12 - Cons. Regional de Farmácia
- 13 - Cons. Regional de Medicina
- 14 - Cons. Regional de Nutrição
- 15 - Cons. Regional de Odontologia
- 16 - Cons. Regional de Psicologia
- 17 - Cons. Regional de Química
- 18 - Cons. Regional Med. Veterinária
- 19 - Cons. Regional Repres.Comerciais
- 20 - Documentos Estrangeiros
- 21 - Ministério da Aeronáutica
- 22 - Ministério da Marinha
- 23 - Ministério do Exército
- 24 - Ordem dos Advogados Do Brasil
- 25 - Ordem dos Musicos Do Brasil
- 26 - Outros Emissores
- 27 - Polícia Federal
- 28 - SSP - Secretaria de Segurança Pública

Declarações

Pela presente autorizo a inclusão de meu nome e de meus dependentes no Seguro Saúde e /ou Seguro Odontológico do Estipulante, ao qual concedo o direito de agir em meu nome e no de meus dependentes incluídos, no cumprimento de todas as cláusulas da Proposta de Seguro, devendo todas as comunicações referentes ao contrato ser a ele enviado, o qual a partir desta data fica investido dos poderes de representação.

Declaro ter conhecimento do teor da Proposta de Seguro, que encontram-se em poder do Estipulante.

Declaro ainda que tenho ciência do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: "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 do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido".

Autorizo expressamente todo e qualquer profissional ou instituição médico-hospitalar, bem como qualquer operadora de planos de saúde, outras organizações e pessoas à fornecerem quaisquer informações relacionadas à minha saúde ou a de meus dependentes, por solicitação da seguradora constante deste Cartão Proposta.

Autorização para Desconto em Folha

Pelo presente, autorizo ao Estipulante indicado neste cartão proposta a descontar de meu salário, em folha de pagamento, a importância relativa a minha contribuição para o Seguro Saúde e /ou Seguro Odontológico, quando este for contribuinte, contratado em meu benefício e de meus dependentes elegíveis, com a Seguradora indicada, conforme os valores a que tiver direito, agora e no futuro, por força da Proposta de Seguro, Condições Gerais, Condições Particulares e Cláusulas Adicionais do Contrato de Seguro Saúde e /ou Odontológico, das quais me declaro ciente.

Local e Data	Assinatura do Segurado Titular ou Responsável por menor de 18 anos
Local e Data	Assinatura do Estipulante sob carimbo