

**Importante**

- Os campos com \* são de uso exclusivo da Seguradora.
- Os campos com sombreado devem ser preenchidos de acordo com a legenda (ver última página).
- Os campos **Dados Cadastrais dos Proponentes Dependentes** também deverão ser preenchidos quando da contratação somente do odontológico.

Solicito a inclusão em meu seguro, do dependente abaixo relacionado, pelo qual me responsabilizo quanto ao pagamento dos prêmios e informações prestadas na Declaração de Saúde.

**Saúde**

|         |                               |    |
|---------|-------------------------------|----|
| Produto | Cód. Identificação do Titular | DF |
|         | Cód. da Empresa Matricula     |    |

Segurado Titular

**Dados Cadastrais dos Proponentes Dependentes**

|                        |                             |                       |                                  |                             |                |              |                 |  |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------------|----------------|--------------|-----------------|--|
| Dep.                   | Nome Completo do Dependente |                       |                                  |                             |                |              | Data Nascimento |  |
| Sexo                   | Permanência (*)             | Agrupamento de CI (*) | Grau Parentesco                  | Situação Plano (*)          | Data de Adesão | Data Vínculo |                 |  |
| Feminino               |                             |                       |                                  |                             | / /            | / /          |                 |  |
| Masculino              |                             |                       |                                  |                             | / /            | / /          |                 |  |
| Sujeito à Carência     | Código de Carência          |                       | Nome do Plano                    |                             |                | Plano (*)    |                 |  |
| sim   não              |                             |                       |                                  |                             |                |              |                 |  |
| 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 (*)          | Data de Adesão | Data Vínculo |                 |  |
| Feminino               |                             |                       |                                  |                             | / /            | / /          |                 |  |
| Masculino              |                             |                       |                                  |                             | / /            | / /          |                 |  |
| Sujeito à Carência     | Código de Carência          |                       | Nome do Plano                    |                             |                | Plano (*)    |                 |  |
| sim   não              |                             |                       |                                  |                             |                |              |                 |  |
| 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 (*) | Data de Adesão                   | Data Vínculo    |  |
| Feminino<br>Masculino  |                             |                       |                 |                    | / /                              | / /             |  |
| Sujeito à Carência     | Código de Carência          |                       | Nome do Plano   |                    |                                  | Plano (*)       |  |
| sim   não              |                             |                       |                 |                    |                                  |                 |  |
| 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 (*) | Data de Adesão                   | Data Vínculo    |  |
| Feminino<br>Masculino  |                             |                       |                 |                    | / /                              | / /             |  |
| Sujeito à Carência     | Código de Carência          |                       | Nome do Plano   |                    |                                  | Plano (*)       |  |
| sim   não              |                             |                       |                 |                    |                                  |                 |  |
| 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. Identificação do Titular DF  
Cód. da Empresa Matrícula

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
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  
Dependentes

| Item | Válida para Titular e Dependente(s). Em caso de resposta afirmativa, especifique no Quadro Descritivo, na página seguinte. É portador de:                  | 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 seus dependentes.  |             |    |    |    |

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

\* Obesidade mórbida = IMC superior a 40Kg/m<sup>2</sup> ou superior a 35Kg/m<sup>2</sup> 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:  $IMC = \text{Peso (em Kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (em metros)}$ .



|   |      |
|---|------|
| Assinatura sob carimbo Analista<br>1ª Análise | Data |
| Assinatura sob carimbo Analista<br>2ª Análise | Data |
| Assinatura sob carimbo Analista<br>3ª Análise | Data |
| Assinatura sob carimbo Digitador              | Data |

3º Protocolo 280/Suosa

|  |  |
|--|--|
| <b>Preenchimento Obrigatório</b><br>Local e Data | Assinatura do Segurado Titular ou Responsável por menor de 18 anos |
| Local e Data                                     | Assinatura do Estipulante sob carimbo                              |

3º Protocolo Sucursal

|  |   |
|--|---|
| <b>Legendas</b><br><b>Dep</b><br>01 - Titular<br>02 - Cônjuge<br>03 - Companheiro(a)<br>10 - Em diante = Demais Dependentes. | <b>Grau Parentesco</b><br>1 - Cônjuge<br>2 - Filho (a)<br>3 - Pais<br>4 - Companheiro (a)<br>5 - Outros<br>6 - Enteado (a). |
|--|---|

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

2º Protocolo 280/Suosa