

**PROPOSTA DE ADESÃO
DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

- SEGURO NOVO
- ENDOSSO DE INCLUSÃO DE TITULAR/FAMÍLIA
- ENDOSSO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES NO SEGURO

NÚMERO

75 -

SUCURSAL/CÓDIGO

Nº

CORRETOR		SUSEP
-----------------	--	-------

PROPOSANTE/TITULAR											
ESTIPULANTE		Nº DO ESTIPULANTE		Nº DO SUBESTIPULANTE		UNIDADE		INÍCIO DE VIGÊNCIA			
NOME COMPLETO (*)								CPF (*)			
R.G. (**)		ÓRGÃO EMISSOR/UF (**)		DATA DE EXPEDIÇÃO (**)		SE ESTRANGEIRO, INFORMAR O N.º DO PASSAPORTE OU DACARTEIRA CIVIL (*)		DATA DE NASCIMENTO (*)			
IDADE		SEXO (*)		ESTADO CIVIL (*)		E-MAIL		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (*)			
ENDEREÇO COMPLETO (*)								Nº (*)		COMPLEMENTO	
BAIRRO (*)				CIDADE (*)		UF (*)		CEP (*)		(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (**)	
PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (**)						DATA DE ADMISSÃO (*)		REGISTRO FUNCIONAL			
PLANO				FAIXA DE COPARTICIPAÇÃO				TEM PLANO DE SAÚDE ANTERIOR? QUAL? HÁ QUANTO TEMPO?			
PIS/PASEP (*)				NOME DA MÃE (*)							

RESPONSÁVEL LEGAL (Preencher quando o proponente/titular for menor de idade)											
NOME COMPLETO (*)								CPF (*)		GRAU DE PARENTESCO (*)	
PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (**)						R.G. (**)		ÓRGÃO EMISSOR/UF (**)		DATA DE EXPEDIÇÃO (**)	
ENDEREÇO COMPLETO (*)								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 1 (*)															
						DATA DE NASCIMENTO (*)		IDADE		SEXO (*)		ESTADO CIVIL (*)		GRAU DE PARENTESCO (*)	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (*)						NÚMERO DA DECLARAÇÃO DO NASCIDO VIVO									
PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (**)				CPF (**)		RG (**)		ÓRGÃO EMISSOR/UF (**)		DATA DE EXPEDIÇÃO (**)					
ENDEREÇO COMPLETO (*)								Nº (*)		COMPLEMENTO					
BAIRRO (*)				CIDADE (*)		UF (*)		CEP (*)		(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (**)					
NOME DA MÃE (DEPENDENTE 1) (*)															
TEM PLANO DE SAÚDE ANTERIOR? QUAL? HÁ QUANTO TEMPO?															

DEPENDENTE 2 (*)															
						DATA DE NASCIMENTO (*)		IDADE		SEXO (*)		ESTADO CIVIL (*)		GRAU DE PARENTESCO (*)	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (*)						NÚMERO DA DECLARAÇÃO DO NASCIDO VIVO									
PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (**)				CPF (**)		RG (**)		ÓRGÃO EMISSOR/UF (**)		DATA DE EXPEDIÇÃO (**)					
ENDEREÇO COMPLETO (*)								Nº (*)		COMPLEMENTO					
BAIRRO (*)				CIDADE (*)		UF (*)		CEP (*)		(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (**)					
NOME DA MÃE (DEPENDENTE 2) (*)															
TEM PLANO DE SAÚDE ANTERIOR? QUAL? HÁ QUANTO TEMPO?															

DEPENDENTE 3 (*)															
						DATA DE NASCIMENTO (*)		IDADE		SEXO (*)		ESTADO CIVIL (*)		GRAU DE PARENTESCO (*)	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (*)						NÚMERO DA DECLARAÇÃO DO NASCIDO VIVO									
PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (**)				CPF (**)		RG (**)		ÓRGÃO EMISSOR/UF (**)		DATA DE EXPEDIÇÃO (**)					
ENDEREÇO COMPLETO (*)								Nº (*)		COMPLEMENTO					
BAIRRO (*)				CIDADE (*)		UF (*)		CEP (*)		(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (**)					
NOME DA MÃE (DEPENDENTE 3) (*)															
TEM PLANO DE SAÚDE ANTERIOR? QUAL? HÁ QUANTO TEMPO?															

PARA USO DA SEGURADORA

Importante:
As informações cadastrais aqui prestadas fazem parte integrante da Proposta de Adesão. É obrigatória 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 de Orientação ao Beneficiário, sendo que o local, data e assinatura devem ser iguais em ambos os documentos, assim como a informação de local e data feita pelo Corretor, intermediário responsável pela venda. O documento não terá aceitação se as informações descritas acima não estiverem devidamente preenchidas ou apresentarem qualquer rasura ou modificação da forma e conteúdo, ou ainda, se não houver o(s) esclarecimento(s) pertinente(s) para o(s) item(ns) preenchido(s) positivamente.

AUTENTICAÇÃO - PROTOCOLO ELETRÔNICO

ANS - nº 00058-2

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 Agravado, 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:

Intermediário entre a operadora e o beneficiário:

_____, ____/____/____
Local Data

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

Nome: _____

Ass: _____

CPF: _____

ASSINATURA DO PROPONENTE TITULAR OU RESPONSÁVEL

LEGAL QUANDO MENOR DE 18 ANOS

Ass: _____

**PROPOSTA DE ADESÃO
DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

NOME COMPLETO DO PROPONENTE TITULAR

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. 1	DEP. 2	DEP. 3
1	VOCÊ TEM ALGUMA DOENÇA? QUAL?				
2	VOCÊ PRECISA FAZER ALGUMA CIRURGIA EM RAZÃO DE DOENÇA JÁ DE SEU CONHECIMENTO? QUAL? QUANDO?				
3	VOCÊ PRECISA FAZER EXAME RADIOLÓGICO (RX, ULTRASSONOGRRAFIA, TOMOGRAFIA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, ESPECTROSCOPIA, CINTILOGRAFIA) PARA MELHOR APURAR ALGUMA DOENÇA JÁ DE SEU CONHECIMENTO?				
4	COM RELAÇÃO A CIRURGIAS OU INTERNAÇÕES. HÁ ALGO A DECLARAR?				
5	ALGUMA DOENÇA COMO INFARTO, ANGINA, VARIZES, HIPERTENSÃO ARTERIAL, DOENÇA DE CHAGAS, AVC ("DERRAME"), ESCLEROSE MÚLTIPLA, PROBLEMAS CARDÍACOS OU PULMONARES?				
6	ALGUMA DOENÇA DOS RINS, BEXIGA, PRÓSTATA, MAMAS, ÓRGÃOS GENITAIS, CÁLCULOS?				
7	ALGUMA DOENÇA DOS OLHOS (DEFINIR O GRAU), OUVIDOS (OTOSCLEROSE, SURDEZ) OU GARGANTA?				
8	ALGUMA DOENÇA DA TIREÓIDE, GOTA, DIABETES, EPILEPSIA, PROBLEMAS GÁSTRICOS, DOENÇAS INTESTINAIS (DOENÇA DE CROHN, RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA), DOENÇA DO FÍGADO (CIRROSE, HEPATITE), TUMORES OU CÂNCER? REALIZA ALGUM TRATAMENTO? QUAL?				
9	ALGUMA DOENÇA DAS ARTICULAÇÕES (JOELHOS, OMBROS, BACIA), DA COLUNA VERTEBRAL, ARTRITES, REUMATISMO, LÚPUS, OSTEOPOROSE, ESPONDILITE ANQUILOSANTE, ARTRITE REUMATÓIDE? NECESSITA DE TRATAMENTO? QUAL?				
10	ALGUMA DOENÇA COMO ANEMIAS, LEUCEMIA, LINFOMAS, DOENÇA DE HODGKIN, HEPATITES, INFECÇÕES ASSOCIADAS AO HIV OU DOENÇAS TROPICAIS (MALÁRIA, ENTRE OUTRAS)?				
11	É PORTADOR DE OBESIDADE? NECESSITA DE TRATAMENTO? QUAL? QUANDO?				
12	ALGUMA DOENÇA NÃO IDENTIFICADA ACIMA, QUE 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).				

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) Agravamento 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 à Lei 9.656/98 bem como as decorrentes da omissão, inexatidão 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:
As informações cadastrais aqui prestadas fazem parte integrante da Proposta de Adesão. É obrigatória 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 de Orientação ao Beneficiário, sendo que o local, data e assinatura devem ser iguais em ambos os documentos, assim como a informação de local e data feita pelo Corretor, intermediário responsável pela venda.
O documento não terá aceitação se as informações descritas acima não estiverem devidamente preenchidas ou apresentarem qualquer rasura ou modificação da forma e conteúdo, ou ainda, se não houver o(s) esclarecimento(s) pertinente(s) para o(s) item(ns) preenchido(s) positivamente.

ANS - nº 00058-2