

EMPRESA CONTRATANTE

Razão Social: \_\_\_\_\_

PLANO DE SAÚDE CONTRATADO

Segmentação:

Para preenchimento caso a empresa possua mais de um plano na mesma segmentação ou para plano exclusivamente odontológico:

Ambulatorial

Hospitalar

Nome do plano: \_\_\_\_\_

DADOS DO FUNCIONÁRIO

Nome do beneficiário titular: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo:  M  F Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Solteiro  Casado  União estável  Divorciado  Viúvo

CPF:  -  CNS (Cartão Nacional de Saúde)

CEP:  -

Logradouro(Rua, AV): \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Matrícula na empresa: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Data admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)

Parentesco:  A Esposo(a)  B Companheiro(a)  C Filho(a)  D Enteado(a)  E Neto(a)  F Tutelado(a)

Inclusão somente de dependente(s) para titular já cadastrado.

		Data de Nasc.	Sexo	Parentesco
1	Nome: _____ CPF: _____ CNS: _____ Nome da mãe: _____	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
2	Nome: _____ CPF: _____ CNS: _____ Nome da mãe: _____	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
3	Nome: _____ CPF: _____ CNS: _____ Nome da mãe: _____	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
4	Nome: _____ CPF: _____ CNS: _____ Nome da mãe: _____	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Anexar documentação comprobatória de vínculo, conforme RN 195 da lei 9656/98.

**Titular:** GFIP com Protocolo de Conectividade ou CTPS para funcionários e contrato para estagiários.

**Dependentes conforme previsto em contrato:** Esposo(a), Companheiro(a) - Certidão de Casamento ou União Estável; Filhos(as) - Certidão de Nascimento ou RG; Enteado(s) - Certidão de Nascimento ou RG e vínculo matrimonial da mãe ou pai com o titular; Netos(as) - Certidão de Nascimento - Tutelados(as) - Termo de Guarda.

- Todos os campos são de preenchimento obrigatório. Os dados informados são de responsabilidade da empresa contratante.

- A efetivação da solicitação está condicionada ao correto preenchimento do formulário.

- A validade da Proposta de Adesão será de 30 dias, contados a partir da data de preenchimento/assinatura do beneficiário.

- Absorção de carências conforme regras da Operadora e mediante documentação comprobatória anexada.

- É obrigatório o envio da Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde, EXCETO para inclusão de: Beneficiários vinculados a contratos com 30 vidas ou mais, em até 30 dias da admissão na empresa; Recém-nascido cadastrado nos primeiros 30 dias do nascimento; Plano exclusivamente odontológico (Odonto Flex).

Declaramos para os devidos fins que o Proponente Beneficiário Titular é funcionário, e que os dependentes declarados possuem vínculos legais com o mesmo.

\_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

Assinatura do contratante

Assinatura do Beneficiário

Recebimento da Doctor Clin

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.

Rubrica: \_\_\_\_\_

Fl. 01/05

**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.**

<p>Beneficiário titular:</p> <p>_____ , ____/____/____ Local Data</p> <p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Assinatura</p>	<p>Intermediário entre a operadora e o beneficiário.</p> <p>_____ , ____/____/____ Local Data</p> <p>Nome: _____</p> <p>CPF: _____</p> <p>_____</p> <p>Assinatura</p>
---	---

## IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS:

Nome do beneficiário	CPF	Peso (kg)	Altura (m)
Titular:			
Dep. 01:			
Dep. 02:			
Dep. 03:			
Dep. 04:			

O preenchimento conta com a presença de médico orientador?

Não, dispenso médico orientador, por ter pleno conhecimento e entendimento das questões apresentadas na Declaração de Saúde, assumindo integral responsabilidade pelas informações prestadas.

Sim, serei orientado no preenchimento da Declaração de Saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora;

Sim, serei orientado no preenchimento da Declaração de Saúde, por médico de minha livre escolha, assumindo o ônus financeiro desta opção;

Nome do médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

A Declaração de Saúde consiste no preenchimento do formulário abaixo, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que você saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual, responda **SIM** ou **NÃO** por extenso os questionamentos abaixo:

Responda <u>Sim</u> ou <u>Não</u> para as patologias abaixo:	Titular	Dep. 01	Dep. 02	Dep. 03	Dep. 04
1. Aparelho Digestivo, Abdominal: Doenças do estômago, esôfago ou intestino					
2. Aparelho Digestivo, Abdominal: Hérnias					
3. Aparelho Digestivo, Abdominal: Tumor do trato digestivo/gastrointestinal					
4. Aparelho Digestivo, Abdominal: Doenças do fígado, hepatites ou da vesícula biliar					
5. Cardiovascular: Doença de válvula cardíaca					
6. Cardiovascular: Hipertensão arterial					
7. Cardiovascular: Infarto do miocárdio/cardiopatia isquêmica					
8. Cardiovascular: Insuficiência cardíaca					
9. Cardiovascular: Arritmia cardíaca					
10. Cardiovascular: Tromboses, estenoses ou aneurismas					
11. Cardiovascular: Varizes, má circulação ou úlcera venosa					
12. Ginecológico: Tumores/câncer do aparelho reprodutor feminino ou de mama					

Rubrica: \_\_\_\_\_

Fl. 03/05

<b>Responda Sim ou Não para as patologias abaixo:</b>	<b>Titular</b>	<b>Dep. 01</b>	<b>Dep. 02</b>	<b>Dep. 03</b>	<b>Dep. 04</b>
13. Ginecológico: Mioma uterino ou endometriose					
14. Ginecológico: Gestante					
15. Glândulas: Diabete, obesidade ou doenças de tireóide					
16. Glândulas: Tumor/Câncer de tireóide, hipófise ou adrenal					
17. Olhos: Doenças oculares					
18. Ortopedia: Doenças da coluna vertebral					
19. Ortopedia: Artrose					
20. Ortopedia: Doenças do joelho e tornozelo					
21. Ortopedia: Doenças do ombro e da mão					
22. Ortopedia: Sequelas após acidente ou cirurgia					
23. Ortopedia: Tumor/câncer ósseo ou osteomielite					
24. Doenças infecciosas					
25. Pele: Doenças ou tumores de pele					
26. Pulmonar: Doença pulmonar crônica (bronquite, asma, fibrose, DPOC)					
27. Pulmonar: Tumor/câncer de pulmão					
28. Reumatológico: Doenças reumatológicas					
29. Sangue: Anemias					
30. Sangue: Leucemias/linfomas					
31. Sangue: Problemas de coagulação					
32. Sangue: Mieloma múltiplo					
33. Sistema nervoso: Derrame cerebral					
34. Sistema nervoso: Doenças neurológicas/demências/paralisias					
35. Sistema nervoso: Tumor/câncer de cérebro ou sistema nervoso central					
36. Psiquiatria: Doenças psiquiátricas, dependência de drogas ou alcoolismo					
37. Urinário: Cálculo renal ou insuficiência renal					
38. Urinário: Incontinência urinária ou problemas de próstata					
39. Tumores/câncer do sistema urinário					
40. Outros: Autismo ou transtorno do desenvolvimento					
41. Outros: Doenças congênitas					
42. Outras doenças não descritas					
43. É portador de obesidade mórbida? Se sim, há quanto tempo?					
44. Está em tratamento de obesidade mórbida? Se sim, há quanto tempo?					

Rubrica: \_\_\_\_\_

Em caso afirmativo referente as doenças ou lesões informadas na Declaração de Saúde, especifique o item correspondente a patologia, para esclarecimentos se 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, bem como comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o beneficiário entenda importante registrar.

Titular ou dependente	Nº item	Esclarecimentos

DECLARO que recebi, li e entendi o que consta na CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO.

Havendo declaração de doença ou lesão preexistente para o beneficiário titular e/ou dependentes, fica desde já o contratante notificado que estará submetido ao cumprimento de **Cobertura Parcial Temporária** que 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.

**A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o contratante e seus dependentes saibam ser portadores, no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato por fraude. Nesse caso, o contratante será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido o comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.**

**O contratante e os beneficiários dependentes declaram para os devidos fins e efeitos, sob as penalidades da lei, que estão no exercício normal de suas funções físicas e intelectuais, nada tendo omitido no preenchimento desta declaração, com relação aos seus estados de saúde, que prestaram informações completas e verdadeiras. De outra parte, estamos cientes e de pleno acordo que a presente declaração de saúde passará a integrar o contrato de assistência à saúde, caso este seja firmado, ficando a Operadora autorizada a confirmar as informações prestadas, em qualquer tempo e lugar, inclusive utilizá-la no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tanto implique em ofensa ao sigilo profissional ou a nossa intimidade.**

O contratante e os beneficiários que assinam a presente declaração de saúde anuem expressamente que sejam compartilhadas as informações desta declaração com os demais firmatários do presente documento.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário Titular