



FICHA DE INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO COM DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nº



Empresa			PIS/PAESP		
Funcionário			Valor Unitário R\$		
Data de nasc.	Idade	Função	Admissão		
CPF	RG	Sexo	Estado Civil		
Endereço			Telefone		
Bairro	Cidade	CEP	UF		
Nome da mãe do funcionário					

Básico PJ Enf Especial PJ Enf Pleno PJE Enf Pleno PJA Apart Master PJE Enf Master PJA Apart

DEPENDENTES LEGAIS

1	Nome do dependente				
	RG	Data de nasc.	Idade	Sexo	Parent.
	CPF	Estado Civil	CNS	Valor Mensal R\$	
	Nome da Mãe Completo				
2	Nome do dependente				
	RG	Data de nasc.	Idade	Sexo	Parent.
	CPF	Estado Civil	CNS	Valor Mensal R\$	
	Nome da Mãe Completo				
3	Nome do dependente				
	RG	Data de nasc.	Idade	Sexo	Parent.
	CPF	Estado Civil	CNS	Valor Mensal R\$	
	Nome da Mãe Completo				
4	Nome do dependente				
	RG	Data de nasc.	Idade	Sexo	Parent.
	CPF	Estado Civil	CNS	Valor Mensal R\$	
	Nome da Mãe Completo				
5	Nome do dependente				
	RG	Data de nasc.	Idade	Sexo	Parent.
	CPF	Estado Civil	CNS	Valor Mensal R\$	
	Nome da Mãe Completo				
Total					<input type="text"/>

Local e Data

Assinatura do titular

Assinatura da Empresa Contratante

1. Via Administradora - 2. Empresa Contratante

Pág. 01/05



FICHA DE INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO COM DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nº



ATENÇÃO:

Perguntas a serem respondidas Sim (S) ou Não (N), de próprio punho pelo beneficiário titular, em seu nome e de seus dependentes.

Item	Perguntas	Titular	Dependentes			
			1	2	3	4
1	Doenças do coração (infarto, insuficiência cardíaca, angina, arritmias, entre outras).					
2	Problemas circulatórios (pressão alta, varizes, trombose, aneurisma, e outros).					
3	Doenças neurológicas (derrames, aneurisma, dores de cabeça, desmaios, convulsões, epilepsia, entre outras)					
4	Problemas de rins (pedras, insuficiência renal, cólicas renais, nefrites, nefrose, problemas na ureta, problemas com bexiga e outros)					
5	Doenças do pulmão (asma, bronquite, doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC, enfisema, e outras)					
6	Doenças dos ossos (osteoporose, fraturas, raquitismo, entre outras)					
7	Doenças psiquiátricas (esquizofrenia, depressão, ansiedade, alcoolismo, dependência química - drogas, distúrbio bipolar, e outras)					
8	Doenças das glândulas (Hipo/Hipertireoidismo, diabetes, outros problemas hormonais, obesidade, entre outras)					
9	Doenças do aparelho digestivo (úlceras, gastrite, icterícia, colecistite, pedras na vesícula, cirrose, pancreatite, diarreia crônica, hemorróidas, hemorragia digestiva, hepatite, fibrose cística do pâncreas, colite, diverticulite, e outras).					
10	Problemas de hérnias de qualquer tipo (umbilical, diafragmática, inguinal, incisional, escrotal, recidivante, e outros)					
11	Doenças de sangue (anemia, leucemia, púrpura, linfoma, talassemias, e outras)					
12	Doenças reumatológicas (artrite, artrose, febre reumática, reumatismo, lupus, entre outras)					
13	Problemas de ouvido, nariz e garganta (amigdalite, sinusite, desvio de septo, otite, adenóide, ronco, apnéia e outros)					
14	Doença de coluna (escoliose, cifose, lombalgia, hérnia de disco e outras)					
15	Doença de mamas (nódulos/caroços no seio, hipertrofia mamária/ginecomastia e outras)					
16	Doenças ginecológicas (cisto de ovário, miomas, endometriose, sangramentos persistentes, problemas de períneo, bexiga caída, perda de urina aos esforços, entre outras)					
17	Doenças urológicas (fimose, testículos fora da bolsa, próstata, hidrocele, dificuldade para urinar, sangramentos na urina, e outras).					
18	Doenças nos olhos (catarata, glaucoma, deslocamento de retina, pterígeo, cegueira, miopia, astigmatismo, presbiopia ou vista cansada, entre outras)					
19	Sofre de algum câncer ou tumor ?					
20	Doenças infectocontagiosas (chagas, malária, aids, hepatite, tuberculose, esquistossomose, sífilis, hanseníase, febre amarela e outras)					
21	Sofre de má formação congênita, deformidade ou anomalia cromossômica?					
22	Sofre de lesão provocada por causa externa ou dermatológica (cicatrizes, quelóide, queimadura, trauma, envenenamento ou outras)					
23	Tem alguma outra doença ou lesão não descrita acima?					
	Informe:	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
24	Peso:					
25	Altura:					



FICHA DE INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO COM DECLARAÇÃO DE SAÚDE



Nº

DECLARAÇÃO DE SAÚDE (Continuação)

- a) Favor esclarecer o proponente, se sofre ou sofreu de qualquer tipo de doença ou se realiza ou realizou algum tipo de tratamento que não os questionados.
b) Se a resposta a algum item anterior desta declaração for positiva para qualquer um dos usuários, esclarecer o motivo especificando o item, o usuário e a data do evento, além de esclarecer o(s) motivo(s) a que levaram ao problema, tratamento(s), e situação atual, especifique as considerações que julgar pertinentes no quadro descritivo abaixo.

Item	Cód. Titular Dependente	Data do Evento	Esclarecimentos

INFORMAÇÕES IMPORTANTES (CONFORME ANS)

- 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.
- 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.
- Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, serão oferecidos duas opções:
 - Cobertura Parcial Temporária - o usuário não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período de 24 (vinte e quatro) meses.
 - Agravo - Acréscimo no preço mensal do plano para que o usuário tenha direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente.

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE / RESPONSÁVEL

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas nesta proposta, inclusive as que não sejam do meu próprio punho. Declaro ter ciência dos termos do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, aplicado analogicamente à cooperativa e ao presente contrato, o qual dispõe: «se o usuário não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito ao valor do seguro, e pagará o prêmio vencido». Neste ato, autorizo qualquer profissional de saúde, laboratório, clínica, hospital, ou qualquer outra instituição médica hospitalar, seja pública ou privada, bem como qualquer operadora de plano de saúde, a fornecer, à Coopus, em meu nome, informações relacionadas à minha saúde e de meus dependentes para fins deste contrato, isentando-os desde já de qualquer responsabilidade que impliquem em ofensa ou sigilo profissional e ético.

Local e Data

Beneficiário Titular

Auditoria Médica Corpore Administradora

1. Via Administradora - 2. Empresa Contratante

Pág. 03/05



FICHA DE INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO COM DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nº



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 tem como missão defender o interesse público e 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 problemas 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, endoscopia, 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 preexistentes declarada, desde que cumpridos os prazos de carência estabelecidos no contrato.

Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.



FICHA DE INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO COM DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nº



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 doenças 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: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

Local _____ / _____ / _____
Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF