

CADASTRO BENEFICIÁRIO PESSOA JURÍDICA

Nome da empresa:				Código:	
E-mail da empresa:				Fone:	
Nome do titular (sem abreviações):					
Data de Nasc.:	Cidade de Nasc.:	Data de admissão:	Estado civil:	Sexo:	
CPF:			Nº do Cartão Nacional de Saúde:		
Tipo de plano:		Nome da mãe sem abreviações:			
Endereço:			Nº:	Bairro:	
Cidade:	CEP:	Telefone:			

DEPENDENTE 1

Nome do dependente (sem abreviações):		Parentesco com o titular:	Sexo:
Endereço:		Nº:	Bairro:
Data de Nasc.:	Cidade de Nasc.:	CPF do dependente:	
Nome da sua mãe (sem abreviações):		Nº do Cartão Nacional de Saúde:	

DEPENDENTE 2

Nome do dependente (sem abreviações):		Parentesco com o titular:	Sexo:
Endereço:		Nº:	Bairro:
Data de Nasc.:	Cidade de Nasc.:	CPF do dependente:	
Nome da sua mãe (sem abreviações):		Nº do Cartão Nacional de Saúde:	

DEPENDENTE 3

Nome do dependente (sem abreviações):		Parentesco com o titular:	Sexo:
Endereço:		Nº:	Bairro:
Data de Nasc.:	Cidade de Nasc.:	CPF do dependente:	
Nome da sua mãe (sem abreviações):		Nº do Cartão Nacional de Saúde:	

Declaro sob as penas da lei que o titular acima descrito é funcionário / associado / cooperado da contratante podendo a qualquer momento comprovar essa condição, conforme as regras do Art. 5º e 9º da RN 195, sob pena de rescisão contratual.

ATENÇÃO: OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS.

CARIMBO - ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA EMPRESA
OBRIGATÓRIO

_____/_____/_____
DATA

NÃO SERÁ ACEITA DECLARAÇÃO DE SAÚDE COM ITENS RASURADOS, PODENDO O CCG A QUALQUER MOMENTO EXIGIR PERÍCIA MÉDICA EM CASO DE DESCONFORMIDADE.

Nome titular: _____	Peso: _____ Kg	Altura: _____ m
Nome 1º dependente: _____	Peso: _____ Kg	Altura: _____ m
Nome 2º dependente: _____	Peso: _____ Kg	Altura: _____ m
Nome 3º dependente: _____	Peso: _____ Kg	Altura: _____ m

IMPORTANTE: O preenchimento desta declaração é obrigatório para habilitação no plano de saúde. Você tem a opção de ser orientado(a), 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.

Responda SIM ou NÃO caso você POSSUA ou TENHA POSSUÍDO alguma das enfermidades/lesões mencionadas:	TITULAR	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3
--	---------	--------	--------	--------

1) Doença endócrina. Ex: diabetes, tireoide, obesidade, doenças da hipófise, etc.				
Titular - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			
1º dep - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			
2º dep - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			
3º dep - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			

2) Câncer. Realizar tratamento quimioterápico/radioterápico?				
Titular - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			
1º dep - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			
2º dep - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			
3º dep - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			

3) Doença infectocontagiosa. Ex: HIV, hepatite B ou C, malária, tuberculose, doenças venéreas, etc.				
Titular - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			
1º dep - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			
2º dep - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			
3º dep - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			

4) Doença psiquiátrica. Ex: depressão, esquizofrenia, T.H. bipolar, dependência química, etc. Houve algum tipo de internação em clínica psiquiátrica?				
Titular - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			
1º dep - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			
2º dep - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			
3º dep - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			

5) Doença cardiovascular. Ex: pressão alta, infarto, isquemia, angina, doença de válvulas, arritmias, aneurisma de aorta, trombose, varizes, etc.				
Titular - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			
1º dep - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			
2º dep - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			
3º dep - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			

6) Doença do aparelho respiratório. Ex: asma, bronquite, enfisema/DPOC, bronquiectasias, etc.				
Titular - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			
1º dep - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			
2º dep - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			
3º dep - Data do evento: _____	Descrição da doença: _____			

Responda SIM ou NÃO caso você POSSUA ou TENHA POSSUÍDO alguma das enfermidades/lesões mencionadas:	TITULAR	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3
7) Doença da pele, olhos, ouvidos, nariz ou garganta. Ex: psoríase, catarata, ptose palpebral, miopia, glaucoma, estrabismo, ceratocone, surdez, desvio de septo nasal, hipertrofia de amígdalas, adenoides, sinusite, otite, etc.				
Titular - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 1º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 2º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 3º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____				

8) Doença do aparelho genital feminino/masculino. Ex: cisto de ovário, ovário policístico, prolapso genital, endometriose, mioma, infertilidade, fimose, varicocele, próstata aumentada, hidrocele, criptorquia-testículo não descido, incontinência ou retenção urinária, etc.				
Titular - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 1º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 2º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 3º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____				

9) Doença das mamas. Ex: nódulo, aumento da mama - ginecomastia, mama supranumerária, etc.				
Titular - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 1º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 2º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 3º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____				

10) Doença do aparelho urinário. Ex: cálculo ou insuficiência renal, infecção urinária, etc. Fez diálise?				
Titular - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 1º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 2º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 3º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____				

11) Doença reumatológica, das articulações, músculos ou ossos. Ex: hérnia de disco, espondilite, artrose, artrite, escoliose, lesão ligamentar, tendão ou menisco, artrite reumatoide, lúpus, esclerodermia, osteomielite, etc.				
Titular - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 1º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 2º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 3º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____				

12) Doença hematológica. Ex: anemia, púrpura, mieloma múltiplo, linfoma, leucemia, doença de Hodgkin, etc.				
Titular - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 1º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 2º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 3º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____				

13) Doença de hérnia. Ex: hérnia inguinal, umbilical, incisional, escrotal, etc.				
Titular - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 1º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 2º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 3º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____				

Responda SIM ou NÃO caso você POSSUA ou TENHA POSSUÍDO alguma das enfermidades/lesões mencionadas:	TITULAR	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3
14) Doença neurológica. Ex: derrame, aneurisma cerebral, Parkinson, epilepsia, esclerose múltipla, enxaqueca, labirintite, Alzheimer, demência, paralisia cerebral, etc.				
Titular - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 1º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 2º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 3º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____				

15) Doença do aparelho digestivo. Ex: úlcera, cirrose, Crohn, hemorroidas, cálculo na vesícula biliar, hérnia de hiato, pólipos, hemorragia digestiva, refluxo gastroesofágico, pancreatite, divertículos, etc.				
Titular - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 1º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 2º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 3º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____				

16) Doença congênita, deformação congênita ou hereditária.				
Titular - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 1º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 2º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 3º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____				

17) Sequela provocada por acidente, lesão ou doença.				
Titular - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 1º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 2º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 3º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____				

18) Doença relacionada à gravidez. Ex: diabetes, pressão alta, etc.				
Titular - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 1º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 2º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 3º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____				

19) Submeteu-se a algum tratamento cirúrgico para implante de prótese/órtese? Ex: marcapasso cardíaco, válvula cardíaca, Stent coronário ou cerebral, prótese/órtese ortopédica, etc.				
Titular - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 1º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 2º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 3º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____				

20) Utiliza ou já utilizou aparelho ortodôntico?				
Titular - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 1º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 2º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 3º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____				

21) Há algum outro tratamento não mencionado anteriormente que você já tenha realizado ou tenha indicação para realizar?				
Titular - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 1º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 2º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____ 3º dep - Data do evento: _____ Descrição da doença: _____				

ENTREVISTA QUALIFICADA

Para o preenchimento desta declaração de saúde, declaro que:

- 1** - Fui orientado por um médico do Centro Clínico Gaúcho.
- 2** - Fui orientado pelo meu médico particular, não credenciado ao Centro Clínico Gaúcho.
- 3** - Tenho conhecimento de todas as perguntas acima expostas, razão pela qual dispensei a orientação médica, assumindo a responsabilidade por todas as informações prestadas.

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e completas, estando ciente de que a omissão de informação sobre a doença e/ou lesão preexistente poderá acarretar a abertura de processo administrativo junto à ANS, bem como à rescisão contratual e a responsabilização do beneficiário nos termos do art. 13 da lei nº9.656/98.

Estou ciente que:

Cobertura Parcial Temporária (CPT): é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de contratação ou adesão ao plano provada 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.

Assim, quanto às doenças ou lesões preexistentes declaradas opto pela:

Cobertura Parcial Temporária

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do proponente

ANEXO
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

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____