

☐ Seguro Novo ☐ Endosso De Inclusão de Titular / Família ☐ Endosso De Inclusão de Dependentes No Seguro
Nº _____

CORRETOR

Corretor _____ Susep _____

PROPONENTE / TITULAR

Estipulante _____ Nº do Estipulante _____ Nº do Subestipulante _____ Unidade _____ Início de Vigência _____

Nome completo* _____ CPF* _____

RG*o _____ Órgão Emissor/UF*o _____ Data de Expedição*o _____ Se estrangeiro, informar o nº do Passaporte ou da carteira Civil*o _____ Data de Nascimento*o _____

Idade _____ Sexo* _____ Estado Civil* _____ Cartão Nacional de Saúde* _____

Endereço completo* _____ Número* _____ Complemento _____

Bairro* _____ Cidade* _____ UF* _____ CEP* _____ (DDD) Telefone Residencial*o _____

(DDD) Telefone Celular* _____ E-mail* _____

Profissão/ Atividade Principal desenvolvida*o _____ 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*o _____ RG*o _____ Órgão Emissor/UF*o _____ Data de Expedição*o _____

Endereço completo* _____ Número* _____ Complemento _____

Bairro* _____ Cidade* _____ UF* _____ CEP* _____ (DDD) Telefone Residencial*o _____

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* _____

Profissão/ Atividade Principal desenvolvida*o _____ CPF** _____ RG*o _____ Órgão Emissor*o _____ Data de Expedição*o _____

Nº Cartão Nacional de Saúde* _____ Número da Declaração do Nascido Vivo _____

Endereço completo* _____ Número* _____ Complemento _____

Bairro* _____ Cidade* _____ UF* _____ CEP* _____ (DDD) Telefone Residencial*o _____

(DDD) Telefone Celular* _____ E-mail* _____

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*			
Profissão/ Atividade Principal desenvolvida*º			CPF**		RG*º		Órgão Emissor*º		Data de Expedição*º		
Nº Cartão Nacional de Saúde*					Número da Declaração do Nascido Vivo						
Endereço completo*							Número*		Complemento		
Bairro*		Cidade*			UF*		CEP*		(DDD) Telefone Residencial*º		
(DDD) Telefone Celular*		E-mail*									
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*			
Profissão/ Atividade Principal desenvolvida*º			CPF**		RG*º		Órgão Emissor*º		Data de Expedição*º		
Nº Cartão Nacional de Saúde*					Número da Declaração do Nascido Vivo						
Endereço completo*							Número*		Complemento		
Bairro*		Cidade*			UF*		CEP*		(DDD) Telefone Residencial*º		
(DDD) Telefone Celular*		E-mail*									
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 - Nº00058-2

(*) Preenchimento obrigatório
(**) Preenchimento obrigatório para maiores de 18 anos
(*º) Preenchimento obrigatório em atendimento à RN 529/2022 e suas atualizações. A não informação destes dados poderá ser alvo de notificação à ANS, acerca da não obtenção dos dados

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.
- té 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

Assinatura

CPF

(Assinatura do Proponente Titular ou Responsável Legal quando menor de 18 anos)

Assinatura



Nome completo do Proponente Titular

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Item	Resposta 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			
		Titular	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3
1	Você tem alguma doença? Qual(is)?				
2	Você já fez alguma cirurgia ou terá que fazer? Qual (is)?				
3	Você fez ou precisa fazer algum exame para acompanhamento ou diagnóstico de doenças como raio X, ultrassom, tomografia, ressonância magnética, cintilografia (PET-CT)? Para melhor apurar alguma doença já de seu conhecimento?				
4	Você já foi internado ou precisará ser internado? Você esta sobre cuidados pessoais, em decorrência de doença já de seu conhecimento? Se sim, qual o motivo?				
5	Você possui ou terá que colocar marcapasso, desfibrilador, stent cardíaco, prótese valvar ou vascular, prótese ortopédica, bomba para insulina, bomba para controle de dor, implante coclear ou prótese auditiva? Se sim, qual (is)?				
6	Faz ou fez tratamentos como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, transplante de órgãos ou transfusão de sangue? Se sim, qual (is)?				
7	Sofre de alguma doença do coração como hipertensão (pressão alta), infarto, stent cardíaco, angina, arritmia, aneurisma, problemas nas válvulas ou outra doença do coração? E portador de insuficiência cardíaca? Qual(is) doenças ?				
8	Alguma doença dos rins (pedra nos rins), bexiga, testículo, próstata, mama (câncer de mama), ovário, útero? E portador de insuficiência renal (diálise)? Se sim, qual (is) doenças ?				
9	Tem alguma doença como asma, enfisema, doença pulmonar obstrutiva crônica, dpoc, bronquite, surdez ou otosclerose, sinusites crônicas, desvio de septo, lesões na região da cabeça e pescoço, entre outras? Se sim, qual (is) doenças?				
10	Você possui diabetes, doenças da tireoide, outras? Uso de bomba de insulina? Qual(is) doença (s)?				
11	É portador de obesidade? Necessita de tratamento? Qual? Quando?				
12	Sofre de alguma doença neurológica como AVC (derrame), aneurisma, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia (convulsões), esclerose múltipla, hidrocefalia, mielomeningocele, atrofia muscular espinhal ou alguma outra? Qual(is) doença (s)?				
13	Alguma doença ortopédica como hérnia de disco, escoliose, cifose, artrose, lesão em quadril, ombro ou joelhos (ligamentos, menisco)? Alguma doença dos ossos da face, mandíbula ou cirurgia de bucomaxilofacial? Se sim, qual (is) doenças ?				
14	Tem alguma doença reumática ou algum reumatismo como lúpus, artrite reumatoide, espondilite anquilosante, psoríase ou outras doenças (artrose, gota)? Se sim, qual (is)?				
15	Tem alguma doença como cirrose, hepatite, pancreatite, diverticulite, doença de crohn, retocolite ulcerativa, hérnias, pedra na vesícula, HIV (aids)? Se sim, qual (is) doenças)?				
16	Sofre de alguma doença ocular como catarata, glaucoma, estrabismo, ceratocone, doenças da retina, degeneração? Se sim, qual (is) doenças?				
17	Alguma doença do sangue, como anemia, leucemia, linfoma, doença de Hodgkin, mieloma múltiplo ou doenças da coagulação? Se sim, qual (is) doenças?				
18	Você tem indicação de realizar, já realiza ou realizou alguma consulta ou tratamento em psiquiatria ou psicologia? Já necessitou ou necessita de internação psiquiátrica ou acompanhamento em hospital-dia psiquiátrico?				

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

A Porto — aqui compreendida por todas as empresas pertencentes ao seu grupo — utilizará seus dados pessoais para as finalidades previstas na Política de Privacidade, tais como ações de marketing, execução de atividades pré-contratuais e/ou contratuais, análise de sinistros e de prevenção a fraudes, com toda proteção, privacidade, transparência, qualidade e exatidão das informações, armazenando-os pelo prazo exigido em lei/norma.

Adotamos medidas, tecnologias e protocolos de segurança da informação, conforme as melhores práticas de mercado e observamos os padrões de qualidade das principais certificações internacionais sobre o tema, tanto em nossos ambientes virtuais quanto físicos.

Convidamos você a visitar nossa Política de Privacidade onde estão informações completas sobre a coleta, o uso, o descarte e o compartilhamento dos dados com nossos parceiros. Exerça seus direitos como Titular dos Dados Pessoais através da Área do Cliente - Perfil e Privacidade, no menu superior da tela, em nosso site.

Local e data

Assinatura / Carimbo da Empresa

Assinatura do Proponente Titular ou Responsável Legal
quando menor De 18 Anos