

☐ Portabilidade ☐ Seguro Novo ☐ Endosso De Inclusao de Titular / Familia ☐ Endosso De Inclusao 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\* \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Sexo\* \_\_\_\_\_ Estado Civil\* \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Cartão Nacional de Saúde\* \_\_\_\_\_

Endereço completo\* \_\_\_\_\_ Número\* \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_

Bairro\* \_\_\_\_\_ Cidade\* \_\_\_\_\_ UF\* \_\_\_\_\_ CEP\* \_\_\_\_\_ (DDD) Telefone Residencial\*o \_\_\_\_\_

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\* \_\_\_\_\_

Cartão Nacional de Saúde\* \_\_\_\_\_ Número da Declaração do Nascido Vivo \_\_\_\_\_

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

Endereço completo\* \_\_\_\_\_ Número\* \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_

Bairro\* \_\_\_\_\_ Cidade\* \_\_\_\_\_ UF\* \_\_\_\_\_ CEP\* \_\_\_\_\_ (DDD) Telefone Residencial\*o \_\_\_\_\_

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*o	CPF**	RG*o	Órgão Emissor*o	Data de Expedição*o
Endereço completo*			Número*	Complemento
Bairro*	Cidade*	UF*	CEP*	(DDD) Telefone Residencial*o
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*o	CPF**	RG*o	Órgão Emissor*o	Data de Expedição*o
Endereço completo*			Número*	Complemento
Bairro*	Cidade*	UF*	CEP*	(DDD) Telefone Residencial*o
Nome da mãe (Dependente 3)*				
Tem Plano de Saúde anterior? Qual? Há quanto tempo?				

OPÇÃO DE PLANO - PORTABILIDADE

Plano	Registro do Plano
-------	-------------------

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 117/2005. 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](http://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](http://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

## 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			
		Titular	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 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, ultrassonografia, 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).				

Nome e telefone do seu médico (caso esteja em tratamento ou acompanhamento)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

**IMPORTANTE:** Para fins do exercício da Portabilidade não serão avaliadas as informações constantes na Declaração de Saúde, não implicando assim o cumprimento de carências ou de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

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. 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.

4. Contratação de PME de 05 a 29 vidas - Em caso de declaração de saúde com itens positivos para doenças e/ou lesões preexistentes, haverá aplicação de CPT - Cobertura Parcial Temporária para os Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da adesão do seguro saúde, em conformidade com a legislação vigente da Saúde Suplementar. Neste caso, o Segurado autoriza a Seguradora a fornecer ao Corretor do Contrato informações sobre as suas condições de saúde declaradas neste documento.

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

Assinatura / Carimbo da Empresa

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

De acordo com a Resolução Normativa nº438/2018, estou ciente que para usufruir o direito ao exercício da Portabilidade de Carências deve-se atender simultaneamente os seguintes requisitos:

- a) O plano de origem deve estar ativo;
- b) Estar adimplente junto à operadora do plano de origem;
- c) O segurado deve ter cumprido prazo de permanência;
- d) O plano de origem deve ter regulamento ou adaptado à Lei nº 9.656/98;
- e) A pessoa jurídica contratante do plano, nos termos dos artigos 5º e 9º da RN nº 195/09, ou o beneficiário deverá ser ou possuir vínculo com empresário individual, nos termos da RN nº 432/17;
- f) Caso o segurado esteja internado, a portabilidade de carências somente poderá ser requerida após a alta da internação;
- g) Caso o plano de destino possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, poderá exigido o cumprimento de períodos de carências para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, fixando-se os seguintes prazos:

I - prazo máximo de 300 (trezentos) dias para partos a termo;

II - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura odontológica;

III - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura ambulatorial;

IV - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura hospitalar;

V - prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para casos de urgência e emergência.

h) A portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo do beneficiário e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora, não se aplicando os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço previstos, respectivamente, nos incisos I, III e V do caput do artigo 3º desta Resolução, na seguinte hipótese:

I- beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

II - pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante;

i) O plano de destino não pode estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa” ou “cancelado”.

O exercício de portabilidade de carências estará sob análise da operadora de destino, o qual está sujeita à recusa no prazo de 10 (dez) dias.

Cabe destacar que a documentação comprobatória para realizar a Portabilidade de Carências, conforme dispõe o Art.16 da RN 438/18 deverá ser apresentada em conjunto com essa proposta, para a devida análise.

Ao exercer a Portabilidade de carências o segurado deverá solicitar cancelamento do plano de origem no prazo de 5 dias a partir da data do início da vigência do seu vínculo com seu plano de destino. Caso o segurado não comprove o cancelamento estará sujeito ao cumprimento de carência cabíveis no plano de destino.

Declaro estar ciente e de acordo que caso não sejam atendidos os requisitos para o exercício de portabilidade será possível o ingresso no plano, com o devido cumprimento dos períodos de carências previstos no plano de destino.

Em caso de omissão de informações, responsabilizo-me por qualquer despesa decorrente de utilização indevida, perderei o direito ao benefício e poderei ser acionado judicialmente.

Local e data

Assinatura / Carimbo da Empresa

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