

# Cartão Proposta - Com Declaração de Saúde (DS)



**Carteira** (selecione uma das opções) | **Tipo de Inclusão**

| | PME (de 3 a 29 vidas) | | Apenas Titular

| | PME Mais (de 30 a 99 vidas) | | Apenas Dependente

| | Adesão | | Titular + Dependente

| | Individual

## Importante

- Os campos com \* são de uso exclusivo da Seguradora.
- Os campos com sombreado devem ser preenchidos de acordo com a legenda (ver penúltima página).

		Cód. da Empresa	Proposta/Certificado nº	
Estipulante		Número Apólice	Desdobramento D.V.	

## Dados Cadastrais do Proponente Titular

Código de Identificação(*)	DF(*)	Local	Abrangência Geográfica	Categoria	Setor
Nome do Plano			Plano (*)	Identificação Funcional	
Data Admissão na Empresa	Data Início Vigência	Sujeita à Carência (*)		Carência (*)	
/ /	/ /	Sim   Não			

## Dados Pessoais do Proponente Titular

Dep. 01	Nome Completo do Titular				Data Nascimento	
/ /						
Sexo	Estado Civil		Permanência (*)	Agrupamento de CI(*)	Grau Parentesco	Situação Plano(*)
Feminino	Casado	Divorciado				
Masculino	Solteiro	Viúvo	Outros			
Carteira de Identidade	Órgão Emissor	UF	Data de Expedição	País Emis. Cart. Identidade		Nacionalidade
/ / /						
CPF	D.V.	PIS/PASEP	Cadastro Nacional de Saúde - CNS		Título de Eleitor	
/ / /						
Nome da Mãe						
(DDD) Telefone Residencial		(DDD) Telefone Comercial		(DDD) Celular		
e-mail			Grau de Escolaridade	Renda Familiar Mensal	Profissão	

**Informações sobre o Plano de Origem/Anterior** - Importante: Na existência de plano anterior, preencher e anexar cópia da última relação de beneficiários e das 3 últimas faturas quitadas (e última, original).

Nome do Plano de Origem	Contrato de Origem Nº.	Vigência do Plano de Origem	
		De / /	Até / /

## Dados Bancários do Titular

Banco	Agência	Conta Corrente	CPF do titular da Conta Conjunta		D.V.
/ /	/				
Nome do Responsável da Conta Conjunta					
Endereço Residencial do Titular					
Número	Complemento			Bairro	
/ /					
Município	UF		CEP		
/ / /					

**Dados Cadastrais dos Proponentes Dependentes**

Dep.	Nome Completo do Dependente										Data Nascimento	
Sexo	Permanência (*)		Agrupamento de CI (*)		Grau Parentesco		Situação Plano (*)		Carência (*)			
F   M												
Data do Evento		Data Início Vigência		Sujeita à Carência (*)		Carência (*)		Profissão				
/ /		/ /		Sim   Não								
Carteira de Identidade		Órgão Emissor	UF	Data de Expedição		País Emis. Cart. Identidade		Nacionalidade				
/ / -												
CPF		D.V.	PIS/PASEP		Cadastro Nacional de Saúde - CNS							
/ / -												
Declaração de Nascido Vivo - DNV				Título de Eleitor								
/ /												
Nome da Mãe												
/ /												

**Informações sobre o Plano de Origem/Anterior** - Importante: Na existência de plano anterior, preencher e anexar cópia da última relação de beneficiários e das 3 últimas faturas quitadas (e última, original).

Nome do Plano de Origem			Contrato de Origem Nº.			Vigência do Plano de Origem		
						De / / Até / /		

Dep.	Nome Completo do Dependente										Data Nascimento	
Sexo	Permanência (*)		Agrupamento de CI (*)		Grau Parentesco		Situação Plano (*)		Carência (*)			
F   M												
Data do Evento		Data Início Vigência		Sujeita à Carência (*)		Carência (*)		Profissão				
/ /		/ /		Sim   Não								
Carteira de Identidade		Órgão Emissor	UF	Data de Expedição		País Emis. Cart. Identidade		Nacionalidade				
/ / -												
CPF		D.V.	PIS/PASEP		Cadastro Nacional de Saúde - CNS							
/ / -												
Declaração de Nascido Vivo - DNV				Título de Eleitor								
/ /												
Nome da Mãe												
/ /												

**Informações sobre o Plano de Origem/Anterior** - Importante: Na existência de plano anterior, preencher e anexar cópia da última relação de beneficiários e das 3 últimas faturas quitadas (e última, original).

Nome do Plano de Origem			Contrato de Origem Nº.			Vigência do Plano de Origem		
						De / / Até / /		

Dep.	Nome Completo do Dependente										Data Nascimento	
Sexo	Permanência (*)		Agrupamento de CI (*)		Grau Parentesco		Situação Plano (*)		Carência (*)			
F   M												
Data do Evento		Data Início Vigência		Sujeita à Carência (*)		Carência (*)		Profissão				
/ /		/ /		Sim   Não								
Carteira de Identidade		Órgão Emissor	UF	Data de Expedição		País Emis. Cart. Identidade		Nacionalidade				
/ / -												
CPF		D.V.	PIS/PASEP		Cadastro Nacional de Saúde - CNS							
/ / -												
Declaração de Nascido Vivo - DNV				Título de Eleitor								
/ /												
Nome da Mãe												
/ /												

**Informações sobre o Plano de Origem/Anterior** - Importante: Na existência de plano anterior, preencher e anexar cópia da última relação de beneficiários e das 3 últimas faturas quitadas (e última, original).

Nome do Plano de Origem			Contrato de Origem Nº.			Vigência do Plano de Origem		
						De / / Até / /		

## 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 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: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Declaração de Saúde**

Temos ciência de que a Declaração de Saúde deverá ser preenchida de próprio punho, independente do auxílio do Médico Orientador, por cada um dos Titulares componentes do Grupo Segurável, sendo responsáveis também pelos seus dependentes, e que todos leram e estão cientes do conteúdo da cláusula “Doenças e Lesões Preexistentes”, conforme descrito nas condições gerais do contrato de seguro saúde. Não serão aceitas Declarações com rasuras.

Item **Válida para Titular e Dependente(s). Em caso de resposta afirmativa, especifique no Quadro Descritivo, na página seguinte. É portador de:**

Item	Titular	“S” = SIM ou “N” = NÃO Dependentes		
		01	02	03
1	Doenças do aparelho cardio-circulatório (hipertensão, angina, infarto, derrames, arritmias cardíacas, entre outras)?			
2	Doenças das veias e artérias (varizes, trombozes, aneurismas, hemorróidas, entre outras)?			
3	Doenças endócrinas e/ou metabólicas (diabetes, transtornos da glândula tireóide, entre outras)?			
4	Doenças do aparelho digestivo (gastrite, úlcera, esofagite, pancreatite, varizes de esôfago, diverticulites, doença de Crohn, entre outras)?			
5	Hérnias (hiato, inguinal, umbilical, entre outras)?			
6	Doenças renais ou da bexiga (insuficiência renal, rins policísticos, anomalias da pelve renal, do ureter, bexiga e uretra, cálculos renais, entre outras)?			
7	Doenças dos órgãos genitais masculinos (hiperplasia de próstata, hidrocele, impotência, entre outras)?			
8	Doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, entre outras)?			
9	Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfizema, pneumonias de repetição, entre outras)?			
10	Doenças do ouvido, nariz ou garganta (diminuição da audição, problemas de adenóide, colesteatoma, desvio de septo, entre outras)?			
11	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, retinopatias, entre outras)?			
12	Doenças ou mal formações congênitas ou hereditárias ?			
13	Doenças imunológicas (AIDS ou é portador do vírus HIV, entre outras)?			
14	Doenças ou tumorações benignas ou malignas (câncer)?			
15	Doenças reumáticas (artrites, febre reumática, entre outras)?			
16	Doenças neurológicas (epilepsia, derrame, paralisia cerebral, Parkinson, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, entre outras)?			
17	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outras)?			
18	Transtornos de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras)?			
19	Doenças ginecológicas e das mamas (transtornos do períneo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, entre outras)?			
20	Doenças da pele (psoríase, dermatite, alergias, entre outras)?			
21	Doenças infecto-contagiosas (hepatites A, B, C, D e/ou E, tuberculose, entre outras)?			
22	Doenças ortopédicas (artrose, hérnia de disco, fraturas, entre outras)?			
23	Obesidade mórbida?			
24	Alguma doença ou lesão não mencionada acima?			
25	Alguma internação?			
26	Indique no quadro de Peso e Altura as informações sobre você e seus dependentes.			

Unidade de Medida	Titular	Dependente 01	Dependente 02	Dependente 03
<b>Peso (Kg)</b>				
<b>Altura (m)</b>				

\* Obesidade mórbida = IMC superior a 40Kg/m<sup>2</sup> ou superior a 35Kg/m<sup>2</sup> e portador de doença crônica associada. O Índice de Massa Corpórea (IMC) é calculado dividindo-se o peso em quilogramas pela altura em metros, elevada ao quadrado:  $IMC = \text{Peso (em Kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (em metros)}$ .

Tit./Dep.	Cobertura Parcial Temporária (Prazos)
Titular	
Dep. 01	
Dep. 02	
Dep. 03	

**Declaração de Doença ou Lesão Preexistente**

Havendo a informação de doença ou lesão preexistente por parte do Beneficiário, esta Seguradora oferecerá a Cobertura Parcial Temporária – CPT, a qual 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.

**Da Responsabilidade do Beneficiário**

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 Beneficiário será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido o Termo de Comunicação desta Operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

**Definição de CPT**

Cobertura Parcial Temporária (CPT) 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.

**Definição de Agravo:**

Agravo como qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

A SulAmérica se reserva ao direito de não oferecer o Agravo como opção a CPT, conforme lhe faculta o artigo 6º, parágrafo primeiro da Resolução Normativa n.º 162/07.

**Quadro Descritivo**

Item	Cód. Titular/Depend.	Data Evento	Caso algum dos participantes desta proposta apresente alguma das situações anteriores, especifique a razão da mesma (informe datas, tratamentos, situação atual e tudo o mais que considerar importante para avaliação médica e o código do dependente). Se dispuser de relatório médico, exames ou laudo de exames ou cirurgias a respeito da doença referida, junte à esta Declaração.	Uso da Seguradora CID-10

**Médico Orientador:** No preenchimento dessa declaração, o Beneficiário tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado por esta Operadora ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão totalmente de sua responsabilidade.

Se optar por um Médico Orientador não referenciado, estou ciente de que a despesa será de minha responsabilidade e sem direito a reembolso. Fui orientado por:  Médico referenciado  Médico particular  Optei por não utilizar auxílio do Médico Orientador para preenchimento desta Declaração.

Nome do Médico	Código do Médico
----------------	------------------

**Médico Orientador**  
 Declaro que prestei as orientações necessárias para o proponente preencher de próprio punho esta Declaração de Saúde.

CRM e Assinatura Sob Carimbo do Médico



## Legendas

Dep	Abrangência Geográfica		
01 - Titular 03 - Companheiro(a) 02 - Cônjuge 10 - Em diante - Demais Dependentes.	Conforme Proposta de Seguro		
Grau de Escolaridade	Grau Parentesco	Renda Familiar Mensal	
01 - Ensino Fundamental ou Ensino Médio (1º ou 2º Grau) 02 - Superior Incompleto 03 - Superior Completo 04 - Pós-Graduação 05 - Mestrado 06 - Doutorado 07 - Pós-Doutorado	1 - Cônjuge 2 - Filho (a) 3 - Pais 4 - Companheiro (a) 5 - Outros 6 - Enteado (a)	01 - Até R\$ 1.000,00 02 - De R\$ 1.000,01 a R\$ 3.000,00 03 - De R\$ 3.000,01 a R\$ 5.000,00 04 - De R\$ 5.000,01 a R\$ 8.000,00 05 - De R\$ 8.000,01 a R\$ 12.000,00 06 - Mais de R\$ 12.000,00	

## Profissões

01 - Aposentado/Pensionista 02 - Servidor/Empregado Público 03 - Espólio 04 - Estudante 05 - Empresários/Proprietários de estabelecimento 06 - Médico 07 - Odontólogo 08 - Psicólogo/Pedagogo 09 - Biólogo/Biomédico 10 - Farmacêutico 11 - Veterinário/ Zootecnista 12 - Fonoaudiólogo 13 - Fisioterapeuta/Terapia Ocupacional 14 - Enfermeiro/ Nutricionista 15 - Técnico em Ciências Biológicas 16 - Técnico/Auxiliar de Laboratório e de Biologia 17 - Advogado	18 - Administrador 19 - Economista 20 - Profissionais de Marketing/Publicitários 21 - Comunicólogo/Sociólogo/Assistente Social 22 - Bibliotecário/Arquivista/Museólogo/Arqueólogo 23 - Sacerdote/membro de ordens/seitas religiosas 24 - Professor/trabalhador ligado ao ensino 25 - Securitário 26 - Bancário 27 - Corretor de Imóveis/seguros/títulos/valores 28 - Agente de Viagem/Guia de Turismo 29 - Secretários/Auxiliar Administrativo/afins 30 - Arquiteto 31 - Engenheiro/Agrônomo 32 - Profissionais de Informática 33 - Contador/Auditor/afins 34 - Químico/Físico/Astrônomo/ afins	35 - Geógrafo/Geólogo 36 - Matemático/Estatístico/Atuário 37 - Técnico de Contabilidade/Estatística 38 - Desenhista/Técnico de Ciências Exatas 39 - Escultor/Pintor/Decorador e afins 40 - Músico/Artista/Bailarino/Modelo/afins 41 - Atleta/Instrutor/Preparador/afins 42 - Militar ativa/reserva e Polícias 43 - Motorista 44 - Técnico Mecânico/Lanterneiros/afins 45 - Técnico Eletricista/Eletrônica/Telecomunicações 46 - Trabalhador da construção civil/metalúrgicos 47 - Trabalhador rural 48 - Vendedor/Demonstrador/Comprador/afins 49 - Hotelaria/Garçom/afins 50 - Outros
---	---	---

## Órgão Emissor

01 - Carteira de Identidade Classista 02 - Cons. Reg. Corretores Imóveis 03 - Cons. Reg. de Assistentes Sociais 04 - Cons. Reg. de Biblioteconomia 05 - Cons. Reg. de Contabilidade 06 - Cons. Reg. Enfermagem 07 - Cons. Reg. Eng. Arq. e Agronomia 08 - Cons. Reg. Fisiot.Ocupacional	09 - Cons. Reg. Prof.Relações Públicas 10 - Cons. Regional de Administração 11 - Cons. Regional de Estatística 12 - Cons. Regional de Farmácia 13 - Cons. Regional de Medicina 14 - Cons. Regional de Nutrição 15 - Cons. Regional de Odontologia 16 - Cons. Regional de Psicologia 17 - Cons. Regional de Química 18 - Cons. Regional Med. Veterinária	19 - Cons. Regional Repres.Comerciais 20 - Documentos Estrangeiros 21 - Ministério da Aeronáutica 22 - Ministério da Marinha 23 - Ministério do Exército 24 - Ordem dos Advogados Do Brasil 25 - Ordem dos Musicos Do Brasil 26 - Outros Emissores 27 - Polícia Federal 28 - SSP - Secretaria de Segurança Pública
--	--	---

## Declarações

Pela presente autorizo a inclusão de meu nome e de meus dependentes no Seguro Saúde e /ou Seguro Odontológico do Estipulante, ao qual concedo o direito de agir em meu nome e no de meus dependentes incluídos, no cumprimento de todas as cláusulas da Proposta de Seguro, devendo todas as comunicações referentes ao contrato ser a ele enviado, o qual a partir desta data fica investido dos poderes de representação.

Declaro ter conhecimento do teor da Proposta de Seguro, que encontram-se em poder do Estipulante.

**Declaro ainda que tenho ciência do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: “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 do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido”.**

Autorizo expressamente todo e qualquer profissional ou instituição médico-hospitalar, bem como qualquer operadora de planos de saúde, outras organizações e pessoas à fornecerem quaisquer informações relacionadas à minha saúde ou a de meus dependentes, por solicitação da seguradora constante deste Cartão Proposta.

## Autorização para Desconto em Folha

Pelo presente, autorizo ao Estipulante indicado neste cartão proposta a descontar de meu salário, em folha de pagamento, a importância relativa a minha contribuição para o Seguro Saúde, quando este for contribuinte, contratado em meu benefício e de meus dependentes elegíveis, com a Seguradora indicada, conforme os valores a que tiver direito, agora e no futuro, por força da Proposta de Seguro, Condições Gerais, Condições Particulares e Cláusulas Adicionais do Contrato de Seguro Saúde, das quais me declaro ciente.

Local e Data	Assinatura do Segurado Titular ou Responsável por menor de 18 anos
Local e Data	Assinatura do Estipulante sob carimbo