# Cartão Proposta - Com Declaração de Saúde (DS)

SulAmérica

**Carteira** (selecione uma das opções)
| | PME (de 3 a 29 vidas)
| | PME Mais (de 30 a 99 vidas)
| | Adesão
| | Individual

**Tipo de Inclusão**
| | Apenas Titular
| | Apenas Dependente
| | Titular + Dependente

**Importante**

1) Os campos com * são de uso exclusivo da Seguradora.

2) Os campos com sombreado devem ser preenchidos de acordo com a legenda (ver penúltima página).

Protocolo - Sucursal

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 (*) | Sim | Não | Carência (*)

**Dados Pessoais do Proponente Titular**

Dep. 01 | Nome Completo do Titular | Data Nascimento / /

Sexo | Feminino | Masculino | Estado Civil | Casado | Solteiro | Divorciado | Viúvo | Outros | Permanência (*) | Agrupamento de CI (*) | Grau Parentesco | Situação Plano (*)

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

Protocolo - Operação

**Dados Cadastrais dos Proponentes Dependentes**

Dep. | Nome Completo do Dependente | Data Nascimento

Sexo | | F | | M | Permanência (*) | Agrupamento de CI (*) | Grau Parentesco | Situação Plano (*) | Carência (*)

Data do Evento | Data Início Vigência | Sujeita à Carência (*) | | Sim | | Não | Carência (*) | Profissão

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 | | F | | M | Permanência (*) | Agrupamento de CI (*) | Grau Parentesco | Situação Plano (*) | Carência (*)

Data do Evento | Data Início Vigência | Sujeita à Carência (*) | | Sim | | Não | Carência (*) | Profissão

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 | | F | | M | Permanência (*) | Agrupamento de CI (*) | Grau Parentesco | Situação Plano (*) | Carência (*)

Data do Evento | Data Início Vigência | Sujeita à Carência (*) | | Sim | | Não | Carência (*) | Profissão

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 Agravo, 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 - 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:_____

**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.**

**"S" = SIM ou "N" = NÃO**

| Item | Válida para Titular e Dependente(s). Em caso de resposta afirmativa, especifique no Quadro Descritivo, na página seguinte. É portador de: | Titular | Dependentes 01 | Dependentes 02 | Dependentes 03 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Doenças do aparelho cardio-circulatório (hipertensão, angina, infarto, derrames, arritmias cardíacas, entre outras)? | | | | |
| 2 | Doenças das veias e artérias (varizes, tromboses, 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** | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Peso (Kg)** | | | | | |
| **Altura (m)** | | | | | |

* Obesidade mórbida = IMC superior a 40Kg/m$^2$ ou superior a 35Kg/m$^2$ 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=Peso (em Kg) / Altura$^2$ (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 C I D-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**

01 - Titular
03 - Companheiro(a)
02 - Cônjuge
10 - Em diante - Demais Dependentes.

**Abrangência Geográfica**

Conforme Proposta de Seguro

**Grau de Escolaridade**

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

**Grau Parentesco**

1 - Cônjuge
2 - Filho (a)
3 - Pais
4 - Companheiro (a)
5 - Outros
6 - Enteado (a)

**Renda Familiar Mensal**

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 contributário, 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 |