

Início de vigência:

Área de comercialização:

Essa proposta é válida em todo o estado do Rio de Janeiro

Mês de reajuste do contrato

**SETEMBRO**

Nome do Estipulante conveniado:

## Linha de produtos ofertada

## SAÚDE

ACOMODAÇÃO COLETIVA		
<i>Segmentação assistencial: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia</i>		
Nº Registro	Produto Caberj Integral Saúde	Reciprocidade Caberj Saúde
<input type="radio"/> 460.922/09-1	Essencial A	Básico Plus
ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL		
<i>Segmentação assistencial: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia</i>		
Nº Registro	Produto Caberj Integral Saúde	Reciprocidade Caberj Saúde
<input type="radio"/> 460.960/09-3	Mais A	Executivo Plus
<input type="radio"/> 460.973/09-5	Multi A	Pleno Plus
<input type="radio"/> 473.250/15-2	Total A	Máximus Plus

Observação: O seu plano Caberj Integral será utilizado através da reciprocidade do plano Caberj Saúde.

## DENTAL

PLANO ODONTOLÓGICO	
Nº Registro	Nome Comercial
<input type="radio"/> 498.240/24-1	DENTAL BÁSICO
<input type="radio"/> 498.239/24-8	DENTAL ESPECIAL

## ÁREA DE ABRANGÊNCIA

PLANOS	REGIÃO
Essencial A Mais A Multi A Total A	Nacional
INTEGRAL ADESÃO REFERÊNCIA	GRUPO DE MUNICÍPIOS: Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Nilópolis, Niterói, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Petrópolis, Resende, Rio das Ostras, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, Teresópolis e Volta Redonda.
Dental Básico Dental Especial	GRUPO DE MUNICÍPIOS: Duque de Caxias, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti

## PLANO REFERÊNCIA

PLANO REFERÊNCIA		
<i>Segmentação assistencial: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia</i>		
SEM COPARTICIPAÇÃO		
Nº Registro	Cód. Int.	Nome Comercial
<input type="radio"/> 489.949/21-1	0173	INTEGRAL ADESÃO REFERÊNCIA

## DECLARAÇÃO PLANO REFERÊNCIA

Declaro que me foi ofertado, como primeira opção de contratação Referência, o plano Integral Adesão Referência (489.949/21-1), de acordo com a Lei nº 9.656/98 e alterações posteriores, mas optei pela contratação do Plano selecionado anteriormente, conforme assinalado por mim na folha 01 desta Proposta

## DADOS PROPONENTE TITULAR

Nome completo e sem abreviações

CPF	Profissão	Cartão Nacional de Saúde (SUS)
-----	-----------	--------------------------------

Nome completo da mãe e sem abreviações

Código do PIS/PASEP	Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros	Data de nascimento
---------------------	--	--------------------

Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Haverá inclusão de dependentes no contrato? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estado (UF) e Município de nascimento
---	--	---------------------------------------

Profissão / formação:	Cargo / função / ocupação:
-----------------------	----------------------------

Nº de registro / inscrição na entidade:	Nº de registro / inscrição no conselho regional / federal (quando aplicável)
---	--

## ENDEREÇO RESIDENCIAL

CEP	Logradouro
-----	------------

Número	Complemento	Bairro	Município	UF
--------	-------------	--------	-----------	----

DDD	Telefone residencial	DDD	Telefone celular	DDD	Telefone comercial	Ramal
-----	----------------------	-----	------------------	-----	--------------------	-------

E-mail

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome completo e sem abreviações

CPF	Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros	Data de nascimento
-----	--	--------------------

Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros
---	---

## RELAÇÃO DOS DEPENDENTES

DEPENDENTE 01

Nome completo e sem abreviações

CPF	Cartão Nacional de Saúde (SUS)	DN - Declaração de Nascido Vivo <small>(exigido para nascidos a partir de 1/1/2010)</small>
-----	--------------------------------	---

Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros	Data de nascimento
--	--------------------

Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	Estado (UF) e Município de nascimento
---	---	---------------------------------------

Nome completo da mãe e sem abreviações	Código do PIS/PASEP
--	---------------------

DDD	Telefone residencial	DDD	Telefone celular	E-mail
-----	----------------------	-----	------------------	--------

DEPENDENTE 02

Nome completo e sem abreviações

CPF	Cartão Nacional de Saúde (SUS)	DN - Declaração de Nascido Vivo <small>(exigido para nascidos a partir de 1/1/2010)</small>
-----	--------------------------------	---

Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros	Data de nascimento
--	--------------------

Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	Estado (UF) e Município de nascimento
---	---	---------------------------------------

Nome completo da mãe e sem abreviações	Código do PIS/PASEP
--	---------------------

DDD	Telefone residencial	DDD	Telefone celular	E-mail
-----	----------------------	-----	------------------	--------

DEPENDENTE 03

Nome completo e sem abreviações

CPF	Cartão Nacional de Saúde (SUS)	DN - Declaração de Nascido Vivo <small>(exigido para nascidos a partir de 1/1/2010)</small>
-----	--------------------------------	---

Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros	Data de nascimento
--	--------------------

Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	Estado (UF) e Município de nascimento
---	---	---------------------------------------

Nome completo da mãe e sem abreviações	Código do PIS/PASEP
--	---------------------

DDD	Telefone residencial	DDD	Telefone celular	E-mail
-----	----------------------	-----	------------------	--------

**RELAÇÃO DOS DEPENDENTES**

DEPENDENTE 04

Nome completo e sem abreviações

CPF	Cartão Nacional de Saúde (SUS)	DN - Declaração de Nascido Vivo <small>(exigido para nascidos a partir de 1/1/2010)</small>
-----	--------------------------------	---

Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros	Data de nascimento
--	--------------------

Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	Estado (UF) e Município de nascimento
---	---	---------------------------------------

Nome completo da mãe e sem abreviações	Código do PIS/PASEP
--	---------------------

DDD	Telefone residencial	DDD	Telefone celular	E-mail
-----	----------------------	-----	------------------	--------

DEPENDENTE 05

Nome completo e sem abreviações

CPF	Cartão Nacional de Saúde (SUS)	DN - Declaração de Nascido Vivo <small>(exigido para nascidos a partir de 1/1/2010)</small>
-----	--------------------------------	---

Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros	Data de nascimento
--	--------------------

Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	Estado (UF) e Município de nascimento
---	---	---------------------------------------

Nome completo da mãe e sem abreviações	Código do PIS/PASEP
--	---------------------

DDD	Telefone residencial	DDD	Telefone celular	E-mail
-----	----------------------	-----	------------------	--------

**DADOS DE REEMBOLSO**

Banco (Código) \_\_\_\_\_ Nome do Banco \_\_\_\_\_ Agência \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_ DV \_\_\_\_\_

Autorizo a CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A. a depositar, na conta corrente por mim indicada acima, os valores de reembolso das despesas cobertas pela Operadora, realizadas por mim ou por meu(s) dependente(s)/agregado(s), cabendo a mim a responsabilidade de informar à operadora quaisquer alterações que venham a ocorrer na conta indicada, observado o plano contratado.



**VALORES MENSAIS PREVISTOS DE ACORDO COM A TABELA DE VENDAS VIGENTE - EM REAIS (R\$)**

Proponente	Idade	Valor do Plano de Saúde	Valor do Plano Odontológico	Total (somatório do Plano de Saúde e do Plano Odontológico)
<b>Titular</b>		R\$	R\$	R\$
<b>Dependente</b>	<b>1</b>	R\$	R\$	R\$
	<b>2</b>	R\$	R\$	R\$
	<b>3</b>	R\$	R\$	R\$
	<b>4</b>	R\$	R\$	R\$
	<b>5</b>	R\$	R\$	R\$
<b>Atenção:</b> Os valores indicados ao lado sofrerão mudança na incidência do: (I) reajuste financeiro: que ocorre na data do aniversário do contrato firmado entre o Estipulante e a CABERJ INTEGRAL SAÚDE ou na menor periodicidade permitida em lei; (II) reajuste por sinistralidade: que ocorre na data do aniversário do contrato firmado entre o Estipulante e a CABERJ INTEGRAL SAÚDE ou na menor periodicidade permitida em lei; e (III) reajuste por faixa etária: que ocorre quando o cliente completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava. Todos os itens anteriores podem ocorrer entre a data de assinatura desta Proposta Contratual e a data da 1ª cobrança do benefício.				R\$
				Valor total dos proponentes a serem cobrados diretamente pelo Estipulante/Entidade estipulante

**VIGÊNCIA E VENCIMENTO DO CONTRATO**
 **VIGÊNCIA:** DIA

**VENCIMENTO:** DIA

**Atenção:** O início da vigência dos benefícios definirá a data de vencimento das mensalidades, na forma informada ao lado, ficando desde já estabelecido que a data de vencimento das mensalidades não poderá ser alterada a pedido do beneficiário.

**VIGÊNCIA E VENCIMENTO DO CONTRATO**

A taxa de cadastramento e implantação equivale ao valor abaixo, sendo integralmente arrecadada pelo angariador no ato da subscrição desta proposta. Em caso de não-aceitação da proposta, essa taxa será integralmente devolvida pelo angariador ao proponente titular. **ATENÇÃO:** O pagamento da taxa de cadastramento e implantação não se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento da 1ª (primeira) cobrança do benefício, que dará direito às coberturas decorrentes desta proposta.

VALOR DA TAXA R\$:

**VIGÊNCIA E VENCIMENTO DO CONTRATO**

A cobrança de eventual remuneração pelos serviços prestados em razão da captação, aproximação e obtenção do resultado útil na contratação do plano de saúde e/ou plano odontológico quando proposta FOR ACEITA pelo Proponente, não se confunde e/ou substitui e/ou exclui o pagamento da primeira mensalidade devida pela cobertura assistencial aqui contratada, assim como não antecipará e/ou modificará o início da vigência previsto na folha 05/13 desta Proposta.

Declaro estar ciente e de acordo que o valor da primeira mensalidade do plano contratado será cobrado exclusivamente pelo Estipulante, por intermédio de boleto bancário, no valor fixado nas folhas 01/13 e 05/13.

Declaro estar ciente e de acordo que o início da vigência da cobertura assistencial contratada se dará na data fixada nas folhas 01 e 05/13 desta Proposta.

**Cobrança**

- BOLETO BANCÁRIO**
- AUTORIZO O ENVIO DOS BOLETOS MENSIS ATRAVÉS DO E-MAIL INFORMADO ABAIXO, EM SUBSTITUIÇÃO DO ENVIO DO BOLETO BANCÁRIO ATRAVÉS DOS CORREIOS.**

E-mail

**Atenção:**

Após a aceitação desta Proposta de Adesão, a primeira mensalidade será cobrada pelo Estipulante, diretamente ao Proponente Titular ou Responsável Financeiro do Contrato, por meio de boleto bancário correspondente, de acordo com os valores aqui definido.

Os dados informados serão preservados pelo Estipulante e CABERJ INTEGRAL SAÚDE S.A., sendo utilizados única e exclusivamente para os fins desta Proposta, sendo vedada a sua comercialização e ou divulgação sem a anuência do cliente.

**Estou ciente e autorizo, reconhecendo como válida e eficaz, que o Estipulante e a Operadora façam todo tipo de comunicação relacionada ao plano contratado, incluindo, mas não se limitando a avisos, alertas, cobranças, comunicados de inadimplência, suspensão e/ou cancelamentos, dentre outros, por meio eletrônico, podendo ser por WhatsApp, e-mail, SMS ou outro meio eletrônico disponível. Para tanto, me comprometo a manter meus dados cadastrais sempre atualizados junto à Estipulante e Operadora.**

Disque-ANS: 0800-701-9556

[www.ans.gov.br/brouvidoria@anes.gov.br](http://www.ans.gov.br/brouvidoria@anes.gov.br)

## Declaração de saúde

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES 1.** A Declaração de Saúde consiste no preenchimento do formulário abaixo para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário titular e/ ou seus dependentes saibam ser portadores ou sofreadores, e das quais tenham conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual. **2.** Tenho ciência do direito de preencher esta Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede credenciada ou referenciados da CABERJ INTEGRAL SAÚDE, sem qualquer ônus. Caso opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CABERJ INTEGRAL SAÚDE, poderá fazê-lo, desde que você se responsabilize pelos honorários médicos deste profissional. **3.** Conforme disposto na RN nº 558/22 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, define-se como: a) Cobertura Parcial Temporária (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de 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; b) Agravo: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano de 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. **4.** A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, conhecida por você e não declarada neste formulário, pode acarretar consequências previstas na legislação, de rescisão contratual e de responsabilidades por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT (Cobertura Parcial Temporária), caso estes fatos venham a ser comprovados junto à ANS. **5.** Às doenças ou lesões declaradas nesta Declaração de Saúde poderá ser oferecida a Cobertura Parcial Temporária – CPT pela CABERJ INTEGRAL SAÚDE, de acordo com o prazo e as condições de suspensão de cobertura, conforme descrito no item 3.

Nome Completo do Titular: \_\_\_\_\_

*DEVE SER PREENCHIDO PELO TITULAR, EM NOME PRÓPRIO E DE SEU(S) DEPENDENTE(S), OU PELO RESPONSÁVEL LEGAL QUANDO O TITULAR FOR MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ*

*Responda as seguintes perguntas com 'S' para 'SIM' ou 'N' para 'NÃO' e 'NA' quando 'NÃO APLICÁVEL' ao sexo do proponente.*

PERGUNTAS	TITULAR	Dependentes/Agregados				
		D1	D2	D3	D4	D5
<b>1) Portador de alguma doença infecciosa ou parasitária como:</b>						
a) Tuberculose? <b>CID A16</b>						
b) Hepatite? <b>CID B19</b>						
c) AIDS ou portador do vírus HIV? <b>CID B20</b>						
d) Meningite? <b>CID A87</b>						
e) Hanseníase? <b>CID A30</b> (Lepra)						
f) Outros*						
<b>2) Portador de neoplasias malignas (câncer)?</b>						
a) Leucemia? <b>CID C95.9</b>						
b) Linfoma? <b>CID C81</b>						
c) Mama? <b>CID C50</b>						
d) Pele? <b>CID 44.9</b>						
e) Tireoide? <b>CID C73</b>						
f) Aparelho digestivo (estômago, outros)? * <b>CID 26.8</b>						
g) Aparelho respiratório (pulmão, outros)? * <b>CID 39.8</b>						
h) Próstata? (Somente para homens) <b>CID 61</b>						
i) Útero, ovário e outros? (Somente para mulheres) <b>CID 57.8</b>						
j) Trato urinário (rins, bexiga, outras)?* <b>CID 68.9</b>						
k) Mieloma Múltiplo? <b>CID 90</b>						
l) Outras localizações?*						

OBSERVAÇÃO: \* Especifique na Tabela de Especificações de DLP, página 18

## PERGUNTAS

	TITULAR	Dependentes/Agregados				
		D1	D2	D3	D4	D5
<b>3) Portador de neoplasias benignas?</b>						
a) Útero (mioma)? (Somente para mulheres) CID D26						
b) Pele (nevus)? CID D23						
c) Outras?*						
<b>4) Portador de doenças no sangue? Especifique</b>						
Anemia, púrpura ou outras						
<b>5) Portador de doenças endócrinas?</b>						
a) Diabetes? CID E14						
b) Tiroide? CID E07						
c) Emagrecimento acentuado? CID F50						
d) Outras?*						
<b>6) Portador de transtornos psiquiátrico mental? Especifique</b>						
<b>7) Portador de doenças no sistema nervoso?</b>						
a) Parkinson? CID G20						
b) Alzheimer? CID G30						
c) Epilepsia? CID G40 (Crise convulsionar)						
d) Paralisia Cerebral? CID G80						
e) Outras?*						
<b>8) Portador de doenças dos olhos e anexo?</b>						
a) Catarata? CID H26.9						
b) Glaucoma? CID H40						
c) Ceratocone? CID H18.6						
d) Miopia*? CID H52.1 (Informar o grau)*						
e) Astigmatismo*? CID H52.2 (Informar o grau)*						
f) Hipermetropia*? CID H52.0 (Informar o grau)*						
g) Outras?*						
<b>9) Portador de doenças do ouvido?</b>						
a) Labirintite? CID H83.0						
b) Perda de audição? CID H91						
c) Outras?*						

PERGUNTAS	TITULAR	Dependentes/Agregados				
		D1	D2	D3	D4	D5
<b>10) Portador de doenças do aparelho circulatório?</b>						
a) Febre reumática? <b>CID I00</b>						
b) Hipertensão arterial? <b>CID I10</b>						
c) Angina pectoris? <b>CID I20</b>						
d) Infarto de miocárdio? <b>CID I21</b>						
e) Arritmia cardíaca? <b>CID I49</b>						
f) Insuficiência cardíaca? <b>CID I50</b>						
g) AVC ("derrame")? <b>CID I64</b>						
h) Varizes de membros inferiores? <b>CID I83</b>						
i) Hemorroidas? <b>CID I84</b>						
j) Outras?*						
<b>11) Portador de doenças do aparelho respiratório?</b>						
a) Rinite? <b>CID J30.4</b>						
b) Sinusite? <b>CID J32</b>						
c) Bronquite? <b>CID J40</b>						
d) Asma? <b>CID J45</b>						
e) Enfisema? <b>CID J43</b>						
f) Desvio de septo nasal? <b>CID J34.2</b>						
g) Outras?*						
<b>12) Portador de doenças do aparelho digestivo?</b>						
a) Úlcera Péptica? <b>CID K27</b>						
b) Gastrite? <b>CID K29.7</b>						
c) Hérnia?* <b>CID K46</b>						
d) Doença diverticular do intestino? <b>CID K57</b>						
e) Cirrose hepática? <b>CID K74</b>						
f) Colite? <b>CID K51</b>						
g) Colelitíase(cálculo de vesícula)? <b>CID K80</b>						
h) Doença de Crohn? <b>CID K50</b>						
i) Outras?*						

## PERGUNTAS

	TITULAR	Dependentes/Agregados				
		D1	D2	D3	D4	D5
<b>13) Portador de doenças de pele? Especifique o local</b>						
a) Carões? <b>CID R22.9</b>						
b) Xantelasma (lesão nas pálpebras)? <b>CID H02.6</b>						
c) Cisto? <b>CID L72</b>						
d) Psoríase? <b>CID L40</b>						
e) Outras?*						
<b>14) Portador de doenças osteo muscular?</b>						
a) Artrite? <b>CID M13</b>						
b) Artrose? <b>CID M19</b>						
c) Osteoporose? <b>CID M81</b>						
d) Reumatismo? <b>CID M79.0</b>						
e) Escoliose? <b>CID M41</b>						
f) Hérnia de disco? <b>CID M51</b>						
g) Osteomielite? <b>CID M86</b>						
h) Lumbago? <b>CID 54.4</b>						
i) Outras?*						
<b>15) Portador de doenças do aparelho gênito unitário?</b>						
a) Insuficiência renal? <b>CID N18</b>						
b) Cálculo urinário? <b>CID N20</b>						
c) Incontinência urinária "urina solta"? <b>CID R32</b>						
d) Hiperplasia da próstata? <b>CID N40</b> (Próstata aumentada - Somente para homens)						
e) Fimose? <b>CID N47</b> (Somente para homens)						
f) Nódulo mamário? <b>CID N63</b>						
g) Infertilidade? Feminina <b>CID N46</b> Masculina <b>CID N96</b>						
h) Cisto de ovário? <b>CID N83.2</b> (Somente para mulheres)						
i) Endometriose? <b>CID N80</b> (Somente para mulheres)						
j) Nefrite? <b>CID N11</b>						
k) Outras?*						

PERGUNTAS	TITULAR	Dependentes/Agregados				
		D1	D2	D3	D4	D5
<b>16) Portador de doenças autoimunes?</b>						
a) Lupus eritematoso sistêmico? CID L93						
b) Artrite reumatoide? CID M05.8						
c) Esclerose múltipla? CID L93						
d) Tireoidite de hashimoto? CID E06.3						
e) Vitiligo? CID L80						
f) Síndrome de Sjögren? CID M35.0						
g) Outras?*						
<b>17) Portador de traumatismo e/ou fraturas? Especifique*</b>						
<b>18) É portador de malformações congênicas (doenças de nascença)? Especifique*</b>						
<b>19) É portador de sequelas de acidentes, moléstia adquirida ou congênita? Especifique*</b>						
<b>20) Portador de alguma doença não relacionada acima, que o tenha obrigado a interna-se ou submeter-se a algum tipo de tratamento ou exame? Especifique*</b>						
<b>21) Tem indicação de submeter-se a alguma tipo de cirurgia? Especifique*</b>						
<b>22) Possui algum tipo de prótese ou órtese (placas, pinos, parafusos, marca-passos, outros)? Especifique*</b>						
<b>23) Histórico médico familiar. Tem ou teve algum familiar direto (pai, mãe, tios ou irmãos) com alguma das seguintes doenças?</b>						
a) Arritmias, angina, infarto ou outras doenças cardíacas						
b) Diabetes ou taxas aumentadas de açúcar no sangue						
c) Câncer ou outros tipos de tumores						
<b>24) Faz algum acompanhamento médico? Especifique*</b>						
<b>25) Faz ou fez tratamento para dependência química (álcool ou drogas) ou doenças psiquiátricas?*</b>						
<b>26) Sofre/Sofreu de obesidade? CID E66</b>						
<b>27) Está grávida? Se sim, qual o período gestacional? (Somente para mulheres)*</b>						
<b>28) Peso (kg)</b>						
<b>29) Altura (cm)</b>						





Havendo a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) por parte do beneficiário titular e/ou de seu(s) dependente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CTP), a qual admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do benefício, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

A Operadora se reserva o direito de não oferecer o Agravo como opção à CPT, conforme lhe faculta o artigo 6º, parágrafo primeiro, da Resolução Normativa nº 558/22 da ANS.

## DEFINIÇÕES

**Cobertura Parcial Temporária (CTP)**

“Considera-se Cobertura Parcial Temporária (CTP) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) 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” (Art. 5º e 6º, da Resolução nº 558/22 da ANS).

**Agravo**

“Considera-se 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” (Resolução nº 558/22 da ANS).

Declaro para os devidos fins e efeitos que:

1. Autorizo a Operadora a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas, laboratórios ou a mim, exames, prontuários e outras informações necessárias a quaisquer esclarecimentos relacionados a esta Declaração de Saúde;
2. Estou ciente de que a omissão de informação sobre doença ou lesão preexistente da qual eu e/ou meu(s) dependente(s) saiba(mos) ser portador(es) na data da assinatura desta Proposta, seja por diagnóstico feito, conhecido ou em andamento, desde que seja comprovada na ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do benefício. Neste caso, como beneficiário, serei responsável pelo pagamento de eventuais despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que eu tiver recebido comunicado ou notificação, por parte da Operadora, sobre a existência de doença ou lesão não declarada. Declaro que preenchi a Declaração de Saúde de
3. todos os meus dependentes neste ato e que, sendo meus dependentes maiores de 18 (dezoito) anos, - esposo(a) ou companheiro(a), filho(a) solteiro(a) - comprometo-me a investigar as informações com eles e, havendo necessidade de alteração(ões), eu a(s) apresentarei por escrito, no prazo de 7 (sete) dias contados a partir da data de assinatura desta declaração, sob pena de não atendimento ou de exclusão do(s) beneficiário(s) dependente(s) com informações inadequadas e, até mesmo, rescisão, caso apurada a omissão; Tenho conhecimento do teor do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual prevê que “se o
4. usuário, por si ou por seu representante legal, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do plano, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao valor do plano vencido”;
5.  optei por ser orientado por um médico indicado pela Operadora.  
 optei por ser orientado por um médico de minha livre escolha e confiança.  
 dispensei a presença de um médico orientador.

Local e data  ____/____/____	Assinatura do beneficiário titular (passível de reconhecimento em cartório)
Médico orientador (se houver)	Declaro que prestei as orientações necessárias para o proponente titular preencher, de próprio punho, esta Declaração de Saúde.  CRM e assinatura do médico, sob carimbo