



Cód.: SIDBSBS

Mód.: 10052012

# SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES / BENEFICIÁRIOS

ANS nº 36.376-6

Nome do Plano

Cód. Arquivo (Uso interno)

Cód. Regulamento:

Código do Plano

Empresa

Titular:

## DADOS PESSOAIS:

O preenchimento de todos os campos é obrigatório.

### Beneficiário 1:

Nome completo:

Data de Nascimento:

Sexo: M  F

Nome da Mãe:

Nome do Titular:

CPF:

PIS/PASEP:

Altura:

Peso:

Cl:

Decl. de Nascido Vivo:

Vínculo do dependente com o Titular:

Num. Cartão Nacional de Saúde:

(03 - Cônjuge; 04 - Filho; 05 - Filha; 06 - Enteado; 07 - Enteada; 08 - Pai; 09 Mãe; 10 - Agregado)

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

Adicional de Resgate: S  N

Desc. em Farmácia: S  N

Plano Odontológico: S  N

Plus

Preventivo

Valor:

### Beneficiário 2:

Nome completo:

Data de Nascimento:

Sexo: M  F

Nome da Mãe:

Nome do Titular:

CPF:

PIS/PASEP:

Altura:

Peso:

Cl:

Decl. de Nascido Vivo:

Vínculo do dependente com o Titular:

Num. Cartão Nacional de Saúde:

(03 - Cônjuge; 04 - Filho; 05 - Filha; 06 - Enteado; 07 - Enteada; 08 - Pai; 09 Mãe; 10 - Agregado)

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

Adicional de Resgate: S  N

Desc. em Farmácia: S  N

Plano Odontológico: S  N

Plus

Preventivo

Valor:

### Beneficiário 3:

Nome completo:

Data de Nascimento:

Sexo: M  F

Nome da Mãe:

Nome do Titular:

CPF:

PIS/PASEP:

Altura:

Peso:

Cl:

Decl. de Nascido Vivo:

Vínculo do dependente com o Titular:

Num. Cartão Nacional de Saúde:

(03 - Cônjuge; 04 - Filho; 05 - Filha; 06 - Enteado; 07 - Enteada; 08 - Pai; 09 Mãe; 10 - Agregado)

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

Adicional de Resgate: S  N

Desc. em Farmácia: S  N

Plano Odontológico: S  N

Plus

Preventivo

Valor:

### Beneficiário 4:

Nome completo:

Data de Nascimento:

Sexo: M  F

Nome da Mãe:

Nome do Titular:

CPF:

PIS/PASEP:

Altura:

Peso:

Cl:

Decl. de Nascido Vivo:

Vínculo do dependente com o Titular:

Num. Cartão Nacional de Saúde:

(03 - Cônjuge; 04 - Filho; 05 - Filha; 06 - Enteado; 07 - Enteada; 08 - Pai; 09 Mãe; 10 - Agregado)

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

Adicional de Resgate: S  N

Desc. em Farmácia: S  N

Plano Odontológico: S  N

Plus

Preventivo

Valor:

Autorizo a inclusão de todos acima relacionados: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Responsável pelo Contrato: \_\_\_\_\_

ATAK LIFE CORRETORA DE SAÚDE LTDA

**1) Informações Importantes**

**DLP:** Doença ou Lesão Preexistente é aquela que o beneficiário (ou seu titular) saiba ser portador no momento da contratação do plano de saúde.

**CPT:** Cobertura Parcial Temporária é um período de no máximo 24 (vinte e quatro) meses nos quais o beneficiário não terá direito a leitos de alta tecnologia, cirurgias e procedimentos de alta complexidade relacionados à(s) preexistência(s) declarada(s).

Agravado é um valor adicionado à mensalidade, oferecido ao beneficiário como alternativa à CPT.

A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de DLP - doenças ou lesões preexistentes, como sendo aquelas de que o beneficiário tenha conhecimento, no momento da assinatura do contrato, com relação a si próprio e seus dependentes.

Havendo declaração de DLP, é oferecida a CPT – Cobertura Parcial Temporária, na qual o beneficiário não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Omitir informações sobre a existência de DLP – Doença ou Lesão Preexistente, da qual o beneficiário saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Poderá ainda ocorrer necessidade de pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida. Esta cobrança poderá ser realizada após o reconhecimento da DLP por parte da ANS.

**DECLARAÇÕES DE SAÚDE (Deve ser preenchida pelo aderente)**

“S” Sim ou “N” Não  
Beneficiários

	01	02	03	04
01 Doenças das veias e artérias (como varizes, aneurismas, trombozes, má circulação, entre outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Doenças do aparelho cardíaco-circulatório (angina, infarto, pressão alta, arritmias, cirurgias cardiológicas anteriores, doenças cardíacas congênita, entre outros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Doenças congênitas ou metabólicas (como diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, obesidade, entre outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Doenças do aparelho digestivo (cálculo biliar, doenças do fígado, doenças do intestino, hemorroidas, fistulas, entre outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Hérnia (todos os tipos: inguinal, umbilical, incisional, entre outros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Doenças do sangue ou imunológicas (anemia, púrpura, talassemia, entre outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Doenças do aparelho genito-urinário (cálculos, infecções dos rins, insuficiência renal, bexiga, uretra, transplantados, entre outros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Doenças do sistema nervoso e cérebro vasculares (derrame, paralisia cerebral, Parkeinson, Alzheimer, epilepsia, entre outros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Doenças de ouvido, nariz e garganta (diminuição audição, desvio de septo, sinusites, amigdalites, entre outros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Doenças crônicas do aparelho respiratório (asma, bronquite, efisema, pneumonia da repetição, entre outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Doenças ortopédicas (artroses, hérnia de disco, deformidades ósseas, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvios de coluna, deformidades ósseas congênitas, fraturas de repetição, entre outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Doenças ginecológicas e de mama (mioma, perineo, cisto ovário, endometriose, cistos e nódulos mamários, entre outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Doenças relacionadas ao HIV (Aids e suas complicações infecciosas ou degenerativas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Doenças ou tumorações benignas ou malignas (leucemias, mieloma múltiplo, carcinomas, melanomas, linfomas e todos os tipos de cânceres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, hidrocele, fimose, criptorquidia, para-fimose, impotência, doença de peroni, entre outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Doenças oftalmológicas e alterações de refração (ceratocórnea, glaucoma, catarata, miopia (mínimo de 5 diotrias), astigmatismo, hipermetropia, entre outros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Doenças do colágeno (auto-ímmunes) (lúpus eritematoso, esclerose múltiplas, artrite reumatóide, entre outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Doenças e transtornos mentais e psiquiátricos (psicose maniaco depressivo, depressão, esquizofrenia, retardo mental, entre outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Caso algum beneficiário tenha marcado “S” para algum item, especifique sua situação médica:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**1) ENTREVISTA QUALIFICADA**

- Declaro que me foi oferecida opção de orientação médica, mas optei por preencher a Declaração de Saúde sem Entrevista Qualificada, assumindo as informações prestadas.
- Declaro que preenchi a Declaração de Saúde sob orientação do médico indicado pelo São Bernardo Saúde, sem ônus para mim e meus dependentes.
- Declaro que preenchi a Declaração de Saúde sob orientação do médico de minha preferência, assumindo as despesas de seu atendimento.

Carimbo, Assinatura e CRM do Médico

Espaço reservado para observações do Médico na Entrevista Qualificada.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Declaro, para todos os efeitos legais, que li e entendi este documento e que nada omiti sobre o estado de saúde, meu e de meus dependentes, tendo prestado informações completas e verdadeiras.

<b>RECIBO R\$</b> _____		
Recebemos de _____ a		
importância supra de ( _____ )		
como pagamento da Taxa de Adesão em seu nome, para subscrição e adesão ao Plano de Saúde “São Bernardo Saúde” da Casa de Saúde São Bernardo S/A.		
_____ de _____ de _____.		
Nome ou Carimbo do Corretor	Código Corretor	Assinatura do Corretor
<p><b>ATENÇÃO:</b> O cartão será entregue junto com o kit São Bernardo de 20 a 25 dias após esta data.</p> <p><b>AVISO:</b> As suas mensalidades (Taxa de Manutenção) serão pagas através de Boletos Bancários que lhe serão enviados pelos Correios e/ou débito em conta. Pague ao nosso Representante APENAS a taxa inicial de adesão mais o valor de 15,00 reais, referente a taxa administrativa de adesão.</p>		

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assin. do Titular ou Responsável: \_\_\_\_\_