

SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES / BENEFICIÁRIOS



Nome do plano: _____
Cód. Arquivo: _____ Cód. Regulamento: _____ Cód. do Plano: _____
(Uso interno)

Empresa Titular: _____

ANS - nº 42.099-9

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: _____ Vínculo do dependente com o Titular: _____
Declaração de Nascido Vivo: _____ (03 - Cônjuge; 04 - Filho; 05 - Filha; 06 - Enteado; 07 - Enteada; 08 - Pai; 09 - Mãe; 10 - Agregado.)
Num. Cartão Nacional de Saúde: _____
Endereço: _____
Número: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Resgate: S N Farmácia: S N Alô Doutor: S N 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: _____ Vínculo do dependente com o Titular: _____
Declaração de Nascido Vivo: _____ (03 - Cônjuge; 04 - Filho; 05 - Filha; 06 - Enteado; 07 - Enteada; 08 - Pai; 09 - Mãe; 10 - Agregado.)
Num. Cartão Nacional de Saúde: _____
Endereço: _____
Número: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Resgate: S N Farmácia: S N Alô Doutor: S N 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: _____ Vínculo do dependente com o Titular: _____
Declaração de Nascido Vivo: _____ (03 - Cônjuge; 04 - Filho; 05 - Filha; 06 - Enteado; 07 - Enteada; 08 - Pai; 09 - Mãe; 10 - Agregado.)
Num. Cartão Nacional de Saúde: _____
Endereço: _____
Número: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Resgate: S N Farmácia: S N Alô Doutor: S N 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: _____ Vínculo do dependente com o Titular: _____
Declaração de Nascido Vivo: _____ (03 - Cônjuge; 04 - Filho; 05 - Filha; 06 - Enteado; 07 - Enteada; 08 - Pai; 09 - Mãe; 10 - Agregado.)
Num. Cartão Nacional de Saúde: _____
Endereço: _____
Número: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Resgate: S N Farmácia: S N Alô Doutor: S N Odontológico: S N Plus Preventivo Valor: _____

Autorizo a inclusão de todas as pessoas acima relacionadas.
_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Responsável pelo Contrato: _____

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).

Agravo 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)	01	<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)	02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Doenças congênitas ou metabólicas (como diabetes, hipertireodismo, hipotireodismo, obesidade, entre outras)	03	<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)	04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Hérnia (todos os tipos: inguinal, umbilical, incisional, entre outros)	05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Doenças do sangue ou imunológicas (anemia, púrpura, talassemia, entre outras)	06	<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)	07	<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)	08	<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)	09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Doenças crônicas do aparelho respiratório (asma, bronquite, efisema, pneumonia da repetição, entre outras)	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Problemas ortopédicos (artroses, hérnia de disco, deformidades ósseas, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvios de coluna, deformidades ósseas congênitas, fraturas de repetição, entre outras)	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Doenças ginecológicas e de mama (mioma, períneo, cisto ovário, endometriose, cistos e nódulos mamários, entre outras)	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Doenças relacionadas ao HIV (Aids e sua complicações infecciosas ou degenerativas)	13	<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 canceres)	14	<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)	15	<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)	16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Doenças do colágeno (auto-ímmunes) (lúpus eritematoso, esclerose múltiplas, artrite reumatóide, entre outras)	17	<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).	18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Possui alguma doença ou lesão preexistente não citada acima? Em caso afirmativo, descreva no campo a seguir.	19	<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 a veracidade das informações prestadas.
- () Declaro que preenchi a Declaração de Saúde sob orientação do médico indicado pela 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.

Espaço reservado para observações do Médico na Entrevista Qualificada.

Carimbo, Assinatura e CRM do Médico

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 verídicas. Declaro ainda, que tenho a ciência que qualquer informação inverídica será objeto de análise e investigação nos termos estabelecidos pela ANS.

<p>RECIBO R\$ _____</p> <p>Recebemos de _____</p> <p>a importância supra de (_____)</p> <p>como pagamento da Taxa de Adesão em seu nome, para subscrição e adesão ao plano de saúde da Casa de Saúde São Bernardo S/A – São Bernardo Saúde.</p> <p>_____, _____ de _____ de _____.</p> <p>Nome ou Carimbo do Corretor Código Corretor Assinatura do Corretor</p>	<p>O cartão será entregue junto com o kit São Bernardo de 20 a 25 dias após esta data.</p> <p>As suas mensalidades (Taxa de Manutenção) serão pagas através de Boleto Bancários (enviados via e-mail ou pelos Correios) e/ou débito em conta.</p> <p>Pague ao nosso Representante APENAS a taxa inicial de adesão registrada no recibo acima.</p>
---	---

ATENÇÃO:

O cartão será entregue junto com o kit São Bernardo de 20 a 25 dias após esta data.

As suas mensalidades (Taxa de Manutenção) serão pagas através de Boleto Bancários (enviados via e-mail ou pelos Correios) e/ou débito em conta.

Pague ao nosso Representante APENAS a taxa inicial de adesão registrada no recibo acima.

Local e Data

Assinatura do Titular ou Responsável