

# PROPOSTA DE ADESÃO SEGURO SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO



# SulAmérica

associada ao ING

Registro ANS 000043

Válida para os estados: AC, AP, AM, PA, RO, RR, TO, AL, CE, MA, PB, PI, RN e SE

Início de Vigência: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N°

SEGURADORA SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A PLANO CONTRATADO ( ) Referência ( ) Exato (Enfermaria) ( ) Exato(Apartamento) ( ) Clássico ( ) Especial 100 ( ) Executivo

ESTIPULANTE EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA. SUBESTIPULANTE ( ) INCLUSÃO TITULAR ( ) INCLUSÃO DEPENDENTE

 Nome Completo Titular Estado Civil  Casado  Divorciado  Outros  Solteiro  Viúvo Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

Endereço para correspondência Complemento Bairro CEP Cidade UF

Fone Fixo Fone Celular E-mail

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

Carteira de Identidade Org. Emissor UF Data Expedição País Emissor Nacionalidade C.N.S PIS/PASEP Nome da Mãe

 Nome Completo Dependente Parentesco  Cônjuge  Filho Sexo  M  F Data Nasc. CPF Prêmio Mensal

### Características do Seguro

PLANOS REFERÊNCIA EXATO ENFERMARIA EXATO APARTAMENTO CLÁSSICO ESPECIAL 100 EXECUTIVO

REGISTRO ANS 466057119 466429129 466433127 466432129 466430122 466428121

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA NACIONAL

FATORES MODERADORES NÃO

TIPO DE ACOMODAÇÃO Quarto Coletivo Quarto Coletivo Quarto Privativo Quarto Privativo Quarto Privativo Quarto Privativo

PERMANÊNCIA DE FILHOS SOLTEIROS NO SEGURO Sem Limite

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

VIGÊNCIA DA APÓLICE Anual (Setembro)

PRAZO REEMBOLSO 30 DIAS (MÁXIMO)

REMISSÃO DO PAGAMENTO POR MORTE DO TITULAR SIM - 3 ANOS - (Permanência de filhos somente até 24 anos)

Reembolso Segurado Internado Valor da USR R\$0,5000

HONORÁRIOS MÉDICOS 0,6xTAB(\*) 0,6xTAB(\*) 1,2xTAB(\*) 2,0xTAB(\*) 2,0xTAB(\*) 4,0xTAB(\*)

DIÁRIAS E DESPESAS HOSPITALARES 0,6xTAB(\*) 0,6xTAB(\*) 0,6xTAB(\*) 1,0xTAB(\*) 1,0xTAB(\*) 4,0xTAB(\*)

SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA 0,6xTAB(\*) 0,6xTAB(\*) 0,6xTAB(\*) 1,0xTAB(\*) 1,0xTAB(\*) 3,0xTAB(\*)

Reembolso Segurado não Internado Valor da USR R\$0,5000

CONSULTAS MÉDICAS 1,1xTAB(\*) 1,1xTAB(\*) 1,1xTAB(\*) 2,4xTAB(\*) 2,9xTAB(\*) 6,5xTAB(\*)

DIAGNOSE E TERAPIA 0,6xTAB(\*) 0,6xTAB(\*) 0,6xTAB(\*) 1,0xTAB(\*) 1,0xTAB(\*) 3,0xTAB(\*)

DEMAIS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 0,6xTAB(\*) 0,6xTAB(\*) 0,6xTAB(\*) 1,0xTAB(\*) 1,0xTAB(\*) 3,0xTAB(\*)

Reajustes / Variação de Prêmios por Mudança de Faixa Etária

SINISTRALIDADE SIM, COM BASE NA AVALIAÇÃO ANUAL (SETEMBRO) DA APÓLICE MESTRA DA EXTRAMED.

FINANCEIRO SIM, COM BASE NA AVALIAÇÃO ANUAL (SETEMBRO) DA APÓLICE MESTRA DA EXTRAMED.

FAIXA ETÁRIA SIM

Carências

CONSULTAS - 15 DIAS EXAMES - DE 15 A 180 DIAS INTERNAMENTO / TERAPIAS / DEMAIS PROCEDIMENTOS - 180 DIAS PARTO A TERMO - 300 DIAS

FAIXAS ETÁRIAS / CUSTOS MENSIS REFERÊNCIA EXATO ENFERMARIA EXATO APARTAMENTO CLÁSSICO ESPECIAL 100 EXECUTIVO

00 a 18 anos 172,31 135,47 148,05 162,86 182,74 365,90

19 a 23 anos 269,73 212,07 231,77 254,95 307,69 616,10

24 a 28 anos 277,07 217,83 238,06 261,88 311,70 624,11

29 a 33 anos 281,73 221,50 242,07 266,28 323,90 648,56

34 a 38 anos 290,24 228,18 249,39 274,33 333,30 667,37

39 a 43 anos 294,20 231,31 252,80 278,07 338,11 677,01

44 a 48 anos 422,14 331,91 362,73 399,01 447,71 896,46

49 a 53 anos 428,68 337,03 368,34 405,18 569,00 1.139,31

54 a 58 anos 531,56 417,93 456,75 502,42 705,55 1.412,74

59 anos ou mais 1.033,84 812,83 888,33 977,17 1.096,43 2.195,40

TAB(\*) - TABELA SUL AMÉRICA SAÚDE OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL EM 01/09/13 INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL.

Taxa de Cadastro e Implantação REFERÊNCIA EXATO ENFERMARIA EXATO APARTAMENTO CLÁSSICO ESPECIAL 100 EXECUTIVO

Valor Taxa de Cadastro e Implantação por Beneficiário 170,00 130,00 145,00 160,00 180,00 360,00

O pagamento da taxa de cadastramento e implantação é obrigatório e não substitui nem isenta o pagamento da 1ª(primeira) parcela da mensalidade do plano, que dará direito as coberturas decorrentes desta proposta. Esta taxa destina-se a procedimentos administrativos e será cobrada via fatura.

 FORMA DE PAGAMENTO -  Boleto Bancário  Débito Bancário Banco Agência Conta Corrente

 FORMA DE RECEPÇÃO DO BOLETO:  Físico - Correio  Eletrônico E-mail para recebimento eletrônico:

 Autorizo o recebimento via e-mail e/ou SMS de relatórios de utilização do benefício contratado, bem como mensagens exclusivas de produtos e/ou benefícios disponibilizados a minha entidade de classe.

 Não autorizo o recebimento via e-mail e/ou SMS de relatórios de utilização do benefício contratado, bem como mensagens exclusivas de produtos e/ou benefícios disponibilizados a minha entidade de classe.

Corretor: Representante: Consultor:

INFORMAÇÕES BANCÁRIAS PARA REEMBOLSO

N° do Banco Agência Conta Corrente CPF do Titular da Conta Corrente

Nome do Banco Nome do Titular da Conta Corrente

 Declaro neste ato, que:

a) Recebi o MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE(MPS), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, antes da assinatura da presente proposta, li e compreendi o seu inteiro teor.

b) Li o teor do CONTRATO DE SEGURO SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO, estipulado pela Extramed Administração e Serviços Médicos Ltda, compreendi adequadamente todos os seus termos, não restando qualquer dúvida quanto ao alcance e ao conteúdo das suas cláusulas.

c) Estou ciente que a Seguradora se reserva ao direito de analisar as declarações prestadas no cartão proposta, para decidir sobre a implantação de cobertura parcial temporária, tendo para tanto o prazo de 15 dias da data do protocolo desta documentação na mesma.

Data Assinatura

IMPORTANTE: A COBRANÇA DA PRIMEIRA PARCELA E DA TAXA DE CADASTRO SERÁ EFETUADA ATRAVÉS DE BOLETO BANCÁRIO OU DÉBITO EM C/C.

O GUIA DE LEITURA CONTRATUAL DEVERÁ SER ASSINADO E ENCAMINHADO A EXTRAMED JUNTAMENTE COM ESTA PROPOSTA

## 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 Agravio, 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

Tenho ciência de que a Declaração de Saúde deverá ser preenchida de próprio punho, independente do auxílio do Médico Orientador, sendo o Titular responsável também pela declaração dos seus dependentes, e que li e estou ciente do conteúdo da cláusula "Doenças e Lesões Preexistentes", conforme descrito no contrato de Seguro Saúde Coletivo por Adesão. Não serão aceitas Declarações com rasuras.

"S" = SIM  
 "N" = NÃO

Item	Válida para Titular e Dependente(s). Em caso de resposta afirmativa, especifique no Quadro Descritivo, na página seguinte. É portador de:	T 00	D 01	D 02	D 03	D 04
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 seus dependentes.					
Unidade de Medida	Titular 00	Dependente 01	Dependente 02	Dependente 03	Dependente 04	
Peso (Kg)						
Altura (m)						

\* 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=Peso (em Kg) / Altura<sup>2</sup> (em metros).

Local e Data

Assinatura do Segurado Titular ou Responsável por menor de 18 anos

## Declaração de Doença ou Lesão Preexistente

Havendo a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistentes por parte do proponente titular e/ou de seu(s) dependentes(s), poderá ser aplicado pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do beneficiário, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionado(s) à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistentes 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 162/07 da ANS.

## Da Responsabilidade do Beneficiário

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o proponente titular e/ou de seu(s) dependentes(s) saiba(m) ser portador(es) 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.

Quadro Descritivo			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
Item	Cód. Titular/ Depend.	Data Evento		

**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
----------------	------------------

<b>Médico Orientador</b> Declaro que prestei as orientações necessárias para o proponente preencher de próprio punho esta Declaração de Saúde.	CRM e Assinatura Sob Carimbo do Médico
---	--

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

Local e Data

Assinatura do Segurado Titular ou Responsável por menor de 18 anos

## AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA CORRENTE

 HSBC ITAÚ BANCO DO BRASIL (código débito 58754)

Titular Conta Corrente / Beneficiário(a): \_\_\_\_\_

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

Estipulante: \_\_\_\_\_

Operadora: \_\_\_\_\_

Produto: \_\_\_\_\_

**Dados Bancários:**

Agência: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Conta Corrente: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**1) Da autorização**

O banco acima determinado, fica a partir desta data autorizado a debitar em minha conta corrente, o valor informado pela, **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA, CNPJ 01.747.987/0001-75**, para quitação do compromisso acima descrito, na data do seu respectivo vencimento, via sistema de débito automático.

**2) Da provisão de saldo**

I. Comprometo-me a provisionar e manter em minha conta corrente acima indicada, saldo suficiente para suportar o débito relativo a conta cadastrada, na data do seu respectivo vencimento.

II. Caso não haja fundo suficiente e/ou disponível na conta corrente informada, para pagamento total da conta cadastrada, o banco, a seu exclusivo critério, poderá efetuar os correspondentes pagamentos, mediante a efetivação dos débitos na conta corrente informada até montante ali suficiente e/ou disponível. Com relação ao valor complementado pela instituição bancária acima, este será considerado como concedido aos clientes a título de Adiantamento a Depositante e transferido para o sistema de MORA do banco.

III. Os valores concedidos a títulos de Adiantamento a Depositante nos termos do item anterior, deverão ser por mim restituídos ao banco acrescidos de juros calculados as taxas divulgadas no quadro de tarifas afixadas nas agências do banco, que serão contabilizadas da data de concessão do adiantamento até a efetiva restituição.

**3) Do prazo de vigência**

A presente autorização vigorará por prazo indeterminado, podendo entretanto ser cancelada a qualquer tempo, por ambas as partes.

**4) Da confirmação de inclusão**

Esta autorização será confirmada pela **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA** por meio de mensagem específica no envio de comunicado da mensalidade. O cliente, desde já, declara-se ciente de que enquanto não houver a confirmação fica obrigado a quitar a mensalidade através de boleto bancário.

\_\_\_\_\_  
Local e Data\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular da Conta Corrente