

## FICHA CADASTRAL DE ADEÇÃO DE DEPENDENTES

INTERCLÍNICAS DO BRASIL ASSISTENCIA MÉDICA LTDA CNPJ 22 694 698 /0001-25

TITULAR DO CONTRATO						
Nome do titular do plano de assistência a saúde						
DADOS DOS DEPENDENTES OBRIGATÓRIO NOME COMPLETO E CPF ; UMA FICHA POR FAMÍLIA OU DEPENDENTE DIRETO						
Nome do Dependente						
CPF	Cartão Nac.de Saúde (CNS)	Sexo	EC*	GP**	Data de Nascimento	Idade
Nome da Mãe do Dependente (Completo)						Valor R\$
Nome do Dependente						
CPF	Cartão Nac.de Saúde (CNS)	Sexo	EC*	GP**	Data de Nascimento	Idade
Nome da Mãe do Dependente (Completo)						Valor R\$
Nome do Dependente						
CPF	Cartão Nac.de Saúde (CNS)	Sexo	EC*	GP**	Data de Nascimento	Idade
Nome da Mãe do Dependente (Completo)						Valor R\$
Nome do Dependente						
CPF	Cartão Nac.de Saúde (CNS)	Sexo	EC*	GP**	Data de Nascimento	Idade
Nome da Mãe do Dependente (Completo)						Valor R\$
LEGENDA						
* EC- Estado civil (1) Solteiro (2) Casado (3) viúvo (4) Separado (5) Divorciado (6) Outros			** GP – Grau de Parentesco (1) cônjuge (2) Companheiro (a) (3) Filho (4) Pais (5) Filho agregado (maior) (6) Outros			
PRINCIPAIS CONDIÇÕES DE ADEÇÃO						
Pelo presente, declaro expressamente que: Ao preencher e assinar esta declaração cadastral, recebi todas as informações sobre meus direitos e obrigações inerentes ao plano de assistência à saúde contratado, em meu benefício e de meus dependentes elegíveis; Estou ciente e de acordo que o plano de meus dependentes será sempre o mesmo que o do titular; Tenho ciência e estou de acordo com os prazos de carências estabelecidos no momento da contratação, não tendo nenhuma dúvida quanto à sua aplicação; Tenho ciência e estou de acordo que eventuais reduções ou isenções dos prazos de carência, ocorridas em função de plano anterior, poderá ser aplicada a todas ou apenas parte das coberturas contratadas e que em nenhuma hipótese alteram as demais cláusulas contratuais; Estou ciente de que deverei informar o número do CPF de meus dependentes, não podendo utilizar meu número de CPF para efetiva inclusão dos mesmos no plano; Para todos os fins e efeitos, as informações por mim prestadas são verdadeiras e completas, sem omissão de quaisquer circunstâncias que possam influir na minha aceitação e de meus dependentes; A presente relação de atualização cadastral é parte integrante do contrato, o qual foi recebido, integralmente lido, entendido e aceito sem quaisquer restrições ao seu conteúdo, o que confirmo preenchendo e assinando.						
Local e Data				Assinatura do Titular		

<b>DECLARAÇÃO DE SAÚDE</b> Lei N o 9656 de 3/6/1998						
<b>DEVE SER PREENCHIDO PELO TITULAR E/OU REPRESENTANTE LEGAL</b>					Assine com S-Sim ou N-Não	
Item	Perguntas	Titular	Dependentes			
			1	2	3	4
1	Alguma doença dos olhos (uso de óculos ou lentes, miopia, astigmatismo, estrabismo, catarata, doença de retina, ceratocone e outros)?					
2	Alguma doença da audição, do ouvido, do nariz ou da garganta (surdez, aparelho auditivo, rinite, sinusite, amigdalite, desvio de septo ou outro)?					
3	Alguma doença do cérebro, do sistema nervoso ou doença psiquiátrica (convulsão, derrame, AVC, aneurisma, paralisia cerebral, paralisia de algum membro, lesão de medula, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, depressão, esquizofrenia e outros)?					
4	Alguma doença do coração (pressão alta, angina, infarto, arritmia, aneurisma, coração dilatado, marca-passo, sopro, stent, ponte de safena, Chagas, reumática e outras)? ou cirurgia cardíaca? Tem varizes ou algum problema de circulação nas pernas?					
5	Alguma doença respiratória ou do pulmão? (asma, bronquite, enfisema, tuberculose, e outras)?					
6	Alguma doença dos rins ou da bexiga (cálculo renal, insuficiência renal, diálise, infecção de urina de repetição, incontinência ou perda de urina, sangramento nódulo ou tumor de rim e outras)?					
7	Alguma doença da mama, genital ou sistema reprodutor feminino (cisto ou tumor de ovário, ovário policístico, cisto de mama, tumor ou nódulo de mama, câncer de mama, mioma, sangramento vaginal, câncer de colo de útero, bexiga caída, infertilidade e outras)?					
8	Alguma doença do genital ou sistema reprodutor masculino (ginecomastia, doença de próstata, hiperplasia ou inchaço da próstata, estreitamento da uretra, fimose, hidrocele, varicocele, impotência sexual, doença dos testículos, infertilidade e outros)?					
9	Alguma doença do sangue, reumatismo, doença imunológica, do colágeno ou autoimune (anemia, anemia falciforme, leucemia, linfoma, HIV ou AIDS, Chagas, lúpus, esclerose múltipla, artrite reumatoide, psoríase, doença da coagulação febre reumática e outras)?					
10	Alguma doença do sistema digestivo (hérnias, gastrite, pedra na vesícula, doença do intestino, doença de Crohn, colites, hepatites, cirrose, outras doenças)?					
11	Tem obesidade ou sobrepeso? Tem diabetes, doença da tireoide, outra doença endócrina ou do metabolismo? Alguma doença de crescimento?					
12	Alguma doença dos ossos ou da coluna (artrose, hérnia de disco, desvio de coluna, tendão, tendinite, osteoporose, doença do fêmur ou joelho, bursites, artrites, fraturas, placas, pinos, próteses e outros)?					
13	Algum tumor benigno, maligno ou câncer (leucemia, linfoma, câncer de mama, pulmão, fígado, tumor ou pólipos de intestino, tumor ou câncer da próstata, melanoma e outros tumores de pele, tumor de boca ou outros tipos de câncer)?					
14	Alguma outra doença com necessidade de internação e/ou cirurgia que não foi mencionada acima? Alguma doença de genética, de nascença ou congênita?					
15	Informar peso:	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
16	Informar altura:	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
<b>Caso o Titular ou seus dependentes apresentem alguma situação anterior marcada com S – sim, especifique a razão da mesma</b>						
Item	Código Titular / Dependente	Data, Evento, Descrição, Esclarecimento				Uso interno
<p>Eu proponente Titular declaro que:entendi o conteúdo de todas as perguntas da Declaração de Saúde e dispensei orientação médica para respondê-las, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.Autorizo a operadora a solicitar a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, exames, prontuários, e informações necessárias para a elucidação de qualquer assunto que se relacione com a presente Declaração de Saúde.As informações de saúde relativas a mim e a meu(s) dependente(s) são verdadeiras e completas, e que foram espontaneamente fornecidas, estando ciente de que a omissão de fato e/ou o preenchimento incorreto desta declaração poderá acarretar as consequências previstas na legislação de rescisão contratual e de responsabilidade do beneficiário por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso venha a ser comprovada junto a ANS.</p>						
Local e data		Assinatura do Titular			Médico /carimbo do CRM	

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES 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 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 problemas 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 ao Agravado, 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, ao solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão de informação.

Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá REISCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes à 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. Em caso de dúvidas ou para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC acesse o Rol de Procedimento e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) – Perfil Beneficiário.

Telefone ANS **0800-701-9656**

,Nome do Titular	
Local e data	Assinatura