

TITULAR

INCLUSÃO
 ALTERAÇÃO
 EMISSÃO DE 2ª VIA CARTÃO
 TRANSFERÊNCIA DE PLANO
 EXCLUSÃO
 INCLUSÃO NO PLANO ODONTOLÓGICO
 EXCLUSÃO DO PLANO ODONTOLÓGICO

CÓDIGO DA EMPRESA	NOME DA EMPRESA		CATEGORIA DE PLANO		
NÚMERO DA CARTEIRINHA	NOME DO TITULAR(NOME DO FUNCIONÁRIO)				
DATA DE ADMISSÃO	DATA DE NASCIMENTO	Nº DA CHAPA	FUNÇÃO	PIS/PASEP OU CNS	
CPF	RG	ORGÃO EMISSOR DO RG	ESTADO CIVIL	SEXO	TELEFONE
NOME DA MÃE DO TITULAR					
ENDEREÇO		NÚMERO	COMPLEMENTO		
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF		

DEPENDENTES

INCLUSÃO
 ALTERAÇÃO
 EMISSÃO DE 2ª VIA CARTÃO
 EXCLUSÃO
 INCLUSÃO NO PLANO ODONTOLÓGICO
 EXCLUSÃO DO PLANO ODONTOLÓGICO

	NOME DO DEPENDENTE (1)	SEXO	PARENTESCO	NASCIMENTO
1	CPF DO DEPENDENTE NOME DA MÃE DO DEPENDENTE			
2	CPF DO DEPENDENTE NOME DA MÃE DO DEPENDENTE			
3	CPF DO DEPENDENTE NOME DA MÃE DO DEPENDENTE			
4	CPF DO DEPENDENTE NOME DA MÃE DO DEPENDENTE			
5	CPF DO DEPENDENTE NOME DA MÃE DO DEPENDENTE			
6	CPF DO DEPENDENTE NOME DA MÃE DO DEPENDENTE			
7	CPF DO DEPENDENTE NOME DA MÃE DO DEPENDENTE			

Assinatura do colaborador

Assinatura e carimbo da empresa

- Obrigatório o preenchimento de todos os campos;
- Indicar com um "X" no campo para o TITULAR e um "X" no campo correspondente aos Dependentes para o tpo de movimentação desejada;
- Enviar juntamente com esta Ficha (FMC) preenchida, cópia das certdões de casamento (esposa/esposo) ou Declaração de União Estável em cartório (companheira/companheiro); certidão de nascimento para os filhos ou Termo de Guarda para os equiparados;
- Exceto para inclusão do TITULAR, as demais movimentações devem informar o Nº da carteirinha do titular ou dependente, se for o caso.

Para que o proponente titular e seus respectivos dependentes legais sejam habilitados à adesão deste plano de assistência à saúde, o proponente titular deverá preencher esta Declaração de Saúde (DS), registrando todas as informações sobre doenças ou lesões de que seja portador e das quais tenha conhecimento, com relação a si e de cada dependente que pretenda incluir no plano de saúde.

NOME DO TITULAR:

1	NOME DO DEPENDENTE:	SEXO:	PARENTESCO:
---	---------------------	-------	-------------

2	NOME DO DEPENDENTE:	SEXO:	PARENTESCO:
---	---------------------	-------	-------------

3	NOME DO DEPENDENTE:	SEXO:	PARENTESCO:
---	---------------------	-------	-------------

4	NOME DO DEPENDENTE:	SEXO:	PARENTESCO:
---	---------------------	-------	-------------

Declaro que tenho ciência de que esta Proposta de Adesão com Declaração de Saúde (DS), faz parte integrante do Contrato de Cobertura de Assistência Médica e Hospitalar Pessoa Jurídica supramencionados.

Declaração de Doença ou Lesão Preexistente

Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, estou ciente e informado (a) que foi me oferecido, pela AMEPLAN SAÚDE, a seguinte opção: Cobertura Parcial Temporária – na qual não terei direito a garantia de cobertura dos 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, computados da data de minha adesão/vigência ao plano e/ou de meus dependentes.

Da Responsabilidade do Beneficiário

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, da qual sei ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada pela Operadora à ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, estou ciente e informado que serei o 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 preexistente 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. A AMEPLAN SAÚDE se reserva no direito de não oferecer o Agravo como opção a CPT, conforme lhe faculta o artigo 6º, parágrafo da Resolução Normativa nº 162/07.

1- No preenchimento desta declaração, V.SA tem a opção de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora ou por um profissional de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

2- Estou ciente de que as coberturas para o tratamento de doenças e lesões pré existentes declaradas ou omitidas estarão sujeitas a CPT- Cobertura Parcial Temporária que consiste na suspensão do prazo de cobertura integral para os eventos relacionados pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses contados da data de adesão/contratação, nos termos previstos na Carta de Orientação e nas Condições Gerais do Contrato.

HISTÓRICO MÉDICO PESSOAL

No preenchimento desta declaração, o beneficiário tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela Ameplan Saúde ou por um médico de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão totalmente de sua responsabilidade.

 Médico referenciado

 Médico particular

 Optei por não utilizar auxílio do Médico Orientador para preenchimento desta declaração.

PREENCHIMENTO PELO PROPONENTE TITULAR, POR SI E PELO(S) DEPENDENTE(S). RESPONDA COM 'SIM' ou 'NÃO'.

Fez ou faz tratamento, é ou foi portador de alguma das doenças descritas abaixo:	Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4
1. Faz acompanhamento médico? Qual especialidade?					
2. Tem algum tratamento cirúrgico já indicado ou programado pelo seu médico?					
3. Está grávida? Se sim, qual período?					
4. Alguma doença do aparelho cardiocirculatório (angina, infarto, pressão alta, varizes trombozes, outros)?					
5. Doenças do aparelho digestivo (vesícula, fígado, intestino) como úlcera, gastrite, outras?					
6. Doenças do sistema nervoso (derrame, paralisia cerebral, coluna, Parkinson, Alzheimer, epilepsia, outras)?					
7. Doenças do ouvido, nariz e garganta (surdez, otite, desvio de septo, sinusite, rinite, amigdalite, faringite, outras)?					
8. Doenças crônicas do aparelho respiratório (asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, tuberculose, outras)?					
9. É portador de algum transtorno, desordem, desalinhamento e/ou deformidades das arcadas, maxilares, mandíbulas e/ou suas articulações? Há uso de aparelho ortodôntico?					
10. Problemas ortopédicos (artrose, hérnia de disco, deformidades ósseas, outras)?					
11. Doenças ou tumorações benignas ou malignas (câncer, leucemia, carcinoma)?					
12. Doenças ou mal formações congênitas ou hereditário?					
13. Doenças do aparelho gênito-urinário (cálculos, infecções nos rins, insuficiência renal, bexiga, ureia, outras)?					
14. Doenças ginecológicas e de mama (períneo, mioma, cisto de ovário, cisto de mama, outras)?					
15. Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, hidrocele, fimose, parafimose, outras)?					
16. Transtorno mentais e do comportamento (depressão, esquizofrenia, neurose, retardo mental) ou pelo uso de drogas?					
17. Doenças do sangue ou imunológicas (anemia, púrpura, outras) ou relacionadas ao HIV (Aids e suas complicações)?					
18. Alguma doença endócrina ou metabólica como diabetes, hipófise, tireoide, outra?					
19. Faz uso de lentes corretivas, uso de óculos ou doença oftalmológica?					
20. Faz uso de alguma medicação com frequência? Qual e por quê?					
21. Possui alguma outra patologia não descrita nessa declaração de Saúde? Se sim, qual?					

ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS

Caso a resposta para alguma das questões anteriores tenha sido "SIM" ou qualquer outra doença que não se encontre listada no quadro acima, para qualquer um dos beneficiários, especifique a razão dela (data, tratamento, quadro atual ou qualquer outra informação que julgar importante para a avaliação da sua saúde). Se desejar também, poderá ser fornecido juntamente com esta Declaração, relatório médico, exames ou laudos de exames/cirurgias respeito da doença relatada.

Item	Beneficiário	Esclarecimentos importantes

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
Peso					
Altura					

ENTREVISTA QUALIFICADA

- 1- Declaro que me foram oferecidas as opções 2 e 3 abaixo especificadas e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde (DS) e optei por não fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta declaração.
- 2- Declaro que fui orientado por médico credenciado da AMEPLAN SAÚDE no preenchimento desta Declaração de Saúde.
- 3- Declaro que fui orientado por médico particular de minha confiança no preenchimento desta Declaração de Saúde.

Assinatura do proponente titular responsável

Médico Orientador:

Declaro que prestei as orientações necessárias para o proponente preencher de próprio punho esta Declaração de Saúde.

Assinatura e carimbo com CRM do Médico

Declaro, para todos os efeitos legais, que li e entendi este documento e que nada omiti sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, tendo prestado informações completas e verídicas. Autorizo também, que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas prestem aos médicos da AMEPLAN SAÚDE, informações sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, bem como as moléstias das quais tenhamos, por ventura, sofrido e o resultado de exames, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ou sigilo profissional.

Local e data

Assinatura do proponente responsável

Prezado(a) beneficiário(a),

A **ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, tem como missão defender o interesse público e 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 escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário faz o uso de medicamentos regularmente, consulta médicos por problema(s) de saúde no qual tem conhecimento do diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença e/ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, o mesmo **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA E/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 agravo, 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 PAC - procedimentos de alta complexidade (tomografia, ressonância, etc) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença e/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 cumprido o prazo de carência estabelecida 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 o 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 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 e/ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. CPT - Cobertura Parcial Temporária **NÃO** é carência. Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença e/ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde.

*Para consultar a lista completa de PAC - procedimentos de alta complexidade, acesse o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - perfil beneficiário.

Em caso de dúvida, entre em contato com a ANS através do telefone: **0800-701-9656** ou consulte o site da ANS: www.ans.gov.br

Beneficiário

_____ Data: ____/____/____
Local

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a Operadora e o beneficiário

_____ Data: ____/____/____
Local

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

ADITIVO DE CARÊNCIA PARA ASSOCIADOS APOS

Carência zero (exceto parto/DLP doenças e lesões pré existentes) com todas as inclusões com preenchimento da DS e demais documentos, válido para vigências 20/09/2023 e 20/10/2023.

E as demais vigências haverá carência zero (exceto parto/DLP doenças e lesões pré existentes) para associados com aproveitamento de carências:

A - associados oriundos dos planos da relação de operadoras congêneres em conformidade com a regulamentação da ANS.

B - Novos associados (sem plano anterior) carências contratuais (zero para consultas e exames básicos de acordo com nossa carência promocional), conforme descrito na tabela abaixo.

Regra de aceitação para menores de 1 ano como dependentes e acima de 65 anos : Alta da maternidade da criança com todas as informações relevantes, e passível de EMQ (Entrevista Médica Qualificada)

TABELA DE ANÁLISE PARA REDUÇÃO DE PRAZO DE CARÊNCIA

Grupo de Carência	Prazo para Aquisição do Direito de Uso	Procedimentos/Eventos Médicos e/ou Hospitalares Cobertos
G0 URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	24 (vinte e quatro) horas	Atendimentos nos casos de emergência ou de urgência, caracterizados nos termos do artigo 35-C, inciso I ou II, da Lei nº 9.656/98
G1 EXAMES SIMPLES	24 (vinte e quatro) horas	a) consultas médicas eletivas; b) exames realizados em regime ambulatorial de análises clínicas em bioquímica, hematologia, fezes, urina, radiologia simples (não contratada) e eletrocardiografia.
G2 EXAMES ESPECIAIS	24 (vinte e quatro) horas	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/eventos, realizados em regime ambulatorial: a) mamografia; b) teste ergométrico, holter e ultrassonografias; c) eletroencefalograma; d) exames de citologia oncológica (papanicolau), colposcopia e vulvosscopia; e) peniscopia.
G3 EXAMES COMPLEXOS	60 (sessenta) dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/eventos, realizados em regime ambulatorial: a) demais exames de análises clínicas; b) cirurgias ambulatoriais de porte zero (com anestesia local); c) exames de anatomia patológica; d) endoscopia diagnóstica e cirúrgica (em todas as especialidades); e) provas de função pulmonar, líquido; f) exames angiológicos de Doppler, fluxometria e investigação vascular ultrassônica; ecocardiografia; g) eletroneuromiografia; h) densitometria óssea; i) exames radiológicos contrastados; j) fisioterapia; k) sessões de Psicoterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição; l) exames e testes oftalmológicos, alergológicos e otorrinolaringológicos.
G4 EXAMES COMPLEXOS	180 (cento e oitenta) dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito a: a) demais procedimentos diagnósticos e terapêuticos; b) internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos de alta complexidade, conforme definido no Rol de Procedimentos de cobertura Obrigatória da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, exceto os relacionados a DPLE (Doenças e Lesões Preexistentes); c) Diálise e Hemodiálise; d) Hemoterapia; e) procedimentos relacionados a planejamento familiar.
G5 PARTO	300 (trezentos) dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, a Beneficiária, titular ou dependente, adquire o direito à cobertura de partos a termo.

As reduções dos prazos de carências concedidas pela Operadora Ameplan Saúde, não se aplicam a doenças e lesões preexistentes à data da contratação e todas as demais que sejam decorrentes dela.

DECLARAÇÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que conheço as condições gerais do contrato da AMEPLAN SAÚDE, notadamente ao que se refere as possíveis reduções dos prazos de aquisição de direitos e que estou ciente que estes benefícios somente serão adquiridos, se aceitos pela AMEPLAN SAÚDE e após o pagamento da primeira parcela e a aceitação de Adesão ao contrato do qual sou proponente de nº _____.

Nome do proponente (escrever com letra de forma): _____.

Datada de ___/___/___ Plano: _____ São Paulo, ___ de _____ de _____