

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 Proposta de Adesão com a 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.

### 1. INFORMAÇÕES DO PROPONENTE TITULAR

<b>PLANO CONTRATADO</b>							
<input type="checkbox"/> AMP 150E	<input type="checkbox"/> AMP 250E	<input type="checkbox"/> AMP 350E	<input type="checkbox"/> AMP 350A	<input type="checkbox"/> _____			
INCLUSÃO NO PLANO ODONTOLÓGICO: <input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> DEP 1 <input type="checkbox"/> DEP 2 <input type="checkbox"/> DEP 3 <input type="checkbox"/> DEP 4							
NOME DA EMPRESA:							
NOME DO TITULAR:							
DATA DE ADMISSÃO:		DATA DE NASCIMENTO:		CPF:		RG:	
SEXO:	ESTADO CIVIL:	TELEFONE:	CELULAR:	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:			
NOME DA MÃE DO TITULAR:							
ENDEREÇO:						Nº	COMPLEMENTO:
BAIRRO:			CEP:	CIDADE:		UF:	

### 2. INFORMAÇÕES DOS DEPENDENTES LEGAIS

1	NOME DO DEPENDENTE (1):				SEXO:	PARENTESCO:
	CPF DEPENDENTE:	RG:	DATA DE NASCIMENTO:	NOME DA MÃE DO DEPENDENTE:		
2	NOME DO DEPENDENTE (2):				SEXO:	PARENTESCO:
	CPF DEPENDENTE:	RG:	DATA DE NASCIMENTO:	NOME DA MÃE DO DEPENDENTE:		
3	NOME DO DEPENDENTE (3):				SEXO:	PARENTESCO:
	CPF DEPENDENTE:	RG:	DATA DE NASCIMENTO:	NOME DA MÃE DO DEPENDENTE:		
4	NOME DO DEPENDENTE (4):				SEXO:	PARENTESCO:
	CPF DEPENDENTE:	RG:	DATA DE NASCIMENTO:	NOME DA MÃE DO DEPENDENTE:		

### 3. DECLARAÇÃO DE SAÚDE

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.

#### 4. 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?					

#### 5. 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

#### 6. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

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

#### 7. 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