



TERMO DE ADESÃO

Registro na ANS	31847-7
CNPJ	02.888.465/0001-56
Segmentação	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetria
Plano Contratado	() Superior Coparticipação – Registro ANS 483014198 () Pleno Coparticipação – Registro ANS 483013190

Empregador:	Início de Vigência ____ / ____ / ____	
Nome:	CPF:	
Função:	Nº registro:	Admissão: ____ / ____ / ____

1. Dependente

Nome:			Data Nasc.: ____ / ____ / ____		
Idade:	Sexo:	Estado Civil:	Cartão Nacional de Saúde (CNS):		
RG:	Órgão Emissor (RG):		CPF:	PIS:	
Nome da Mãe:			Parentesco com Titular:		

2. Dependente

Nome:			Data Nasc.: ____ / ____ / ____		
Idade:	Sexo:	Estado Civil:	Cartão Nacional de Saúde (CNS):		
RG:	Órgão Emissor (RG):		CPF:	PIS:	
Nome da Mãe:			Parentesco com Titular:		

3. Dependente

Nome:			Data Nasc.: ____ / ____ / ____		
Idade:	Sexo:	Estado Civil:	Cartão Nacional de Saúde (CNS):		
RG:	Órgão Emissor (RG):		CPF:	PIS:	
Nome da Mãe:			Parentesco com Titular:		

4. Dependente

Nome:			Data Nasc.: ____ / ____ / ____		
Idade:	Sexo:	Estado Civil:	Cartão Nacional de Saúde (CNS):		
RG:	Órgão Emissor (RG):		CPF:	PIS:	
Nome da Mãe:			Parentesco com Titular:		

5. Dependente

Nome:			Data Nasc.: ____ / ____ / ____		
Idade:	Sexo:	Estado Civil:	Cartão Nacional de Saúde (CNS):		
RG:	Órgão Emissor (RG):		CPF:	PIS:	
Nome da Mãe:			Parentesco com Titular:		

Estado Civil	Grau de Parentesco com Titular
Solteiro – Casado – Separado Judicialmente – Divorciado – Viúvo	Cônjuge – Filho – Outros (enteado e/ou tutelado)

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

- DECLARO QUE, AO PREENCHER E ASSINAR ESTA FICHA DE INSCRIÇÃO CADASTRAL, RECEBI TODAS AS INFORMAÇÕES SOBRE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES INERENTES AO PLANO DE ASSISTÊNCIA SAÚDE CONTRATADO, EM MEU BENEFÍCIO E DE MEUS DEPENDENTES ELEGÍVEIS, PELA MINHA EMPREGADORA, QUE FICA POR MIM INVESTIDA DE PLENOS PODERES DE REPRESENTAÇÃO PERANTE A OPERADORA.
- DECLARO, PARA TODOS OS FINS E EFEITOS, QUE AS INFORMAÇÕES POR MIM PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS E COMPLETAS, SEM OMISSÃO DE QUAISQUER CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DE MINHA ADESÃO OU DE MEUS DEPENDENTES.

TABELA DE PREÇOS PER CAPITA

TABELA PER CAPITA – VIGÊNCIA 2021	VALORES
Tabela Titular	R\$
Tabela dependente cônjuge	R\$
Tabela dependente filhos	R\$

Opção

() **SIM, Autorizo a Adesão e o Desconto dos Valores do Plano de Saúde Coletivo**, oferecido pelo EMPREGADOR, juntamente com os meus dependentes indicados.

() **NÃO, Não desejo aderir** ao plano de Saúde Coletivo Oferecido pelo EMPREGADOR.

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Considerando minha espontânea adesão ao plano de saúde coletivo acima identificado, AUTORIZO, como autorizado fica, o desconto em folha de pagamento da parcela referente à coparticipação de minha responsabilidade para a execução do plano de saúde coletivo, enquanto durar o contrato e, em caso de suspensão/interrupção do contrato de trabalho, me comprometo a pagar a minha parte da coparticipação através de boleto bancário ou outra forma similar que seja capaz de adimplir minha obrigação junto ao plano de saúde coletivo. Em caso de inadimplemento da minha parcela da coparticipação reconheço que serei removido(a) do plano de saúde coletivo aderido neste documento.

São Paulo, ____ de _____ de 2021

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Esta Declaração de Saúde deve ser preenchida pelo Titular/Responsável com vistas a fornecer as informações relativas ao estado de saúde próprio e de seus dependentes, incluídos na Proposta de Adesão. Leia com atenção e responda aos quesitos obedecendo as seguintes considerações:

- 1) A ordem de identificação dos Associados Titular e Dependentes deverá seguir a mesma numeração e ordem constante na Proposta de Adesão.
- 2) Responda com "S" para sim "N" para não devendo ser levadas em consideração a existência atual ou anterior da Doença ou Lesão.

DESCRIÇÃO		TIT	D01	D02	D03	D04	D05
1	Problemas de coração (infarto, insuficiência cardíaca, angina, arritmias etc).						
2	Problemas circulatórios (pressão alta, varizes, trombose, aneurismas etc).						
3	Problemas neurológicos (derrames, aneurismas, dores de cabeça, desmaios, convulsões, epilepsia, paralisias, enxaquecas etc).						
4	Problemas de rins (pedras, insuficiência renal, cólicas renais, nefrite, nefrose etc).						
5	Problemas de pulmão (asma, bronquite, doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC, enfisema etc).						
6	Doenças dos ossos (osteoporose, fraturas, raquitismo etc).						
7	Doenças nervosas (esquizofrenia, depressão, ansiedade etc).						
8	Doenças das glândulas (tireóide, diabetes, outros problemas hormonais, obesidade etc).						
9	Doenças do aparelho digestivo (úlcera, gastrite, icterícia, colecistite, pedras vesícula, cirrose, pancreatite, diarreia crônica, hemorroidas, hemorragia digestiva, hepatite, fibrose cística do pâncreas, etc).						
10	Problemas de hérnias de qualquer tipo (umbilical, diafragmática, inguinal, incisional, escrotal, etc).						
11	Problemas do sangue (anemias, leucemia, purpura, linfoma, etc).						
12	Doenças reumatológicas (artrite, artrose, febre reumática, reumatismo, lúpus, etc).						
13	Problemas de ouvido, nariz e garganta (sinusites, desvio de septo, otites, adenoides, etc).						
14	Problemas de coluna (escoliose, cifose, lombalgia, hérnia de disco, etc).						
15	Problemas das mamas (nódulos/caroços no seio, hipertrofia mamária/ginecomastia, etc).						
16	Problemas ginecológicos (cistos de ovário, miomas, endometriose, sangramentos persistentes, problemas de períneo, bexiga caída, perda de urina aos esforços, etc).						
17	Problemas urológicos (fimose, testículos fora da bolsa, próstata, hidrocele, dificuldades para urinar, sangramentos na urina, etc).						
18	Problemas nos olhos (catarata, glaucoma, pterígio, cegueira, miopia, astigmatismo, presbiopia ou vista cansada, etc).						
19	Sofre de algum tipo de câncer ou tumor?						
20	Doenças infecto-contagiosas (chagas, malária, AIDS, hepatite, tuberculose, esquistossomose, sífilis, hanseníase, febre amarela ou outras, etc).						
21	Sofre de má formação congênita, deformidade ou anomalia cromossômica?						
22	Sofre de lesão provocada por causa externa ou dermatológica (cicatrizes, queloides, queimadura, trauma, envenenamento ou outras).						
23	Peso						
24	Altura						
25	Tem alguma outra doença ou lesão não descrita acima?						

SE A RESPOSTA A ALGUM ITEM DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE FOI POSITIVA ("SIM"), INFORMAR O MOTIVO, INDICANDO O ITEM (NÚMERO), O PROPONENTE, (TIT., D01, D02, D03, D04, D05), A DATA DO EVENTO (MÊS/ANO) E ESCLARESCER CADA SITUAÇÃO DE FORMA INDIVIDUAL.

RELAÇÃO DISCRIMINADA DE DOENÇAS OU LESÕES PRÉ-EXISTENTES			
ITEM	PROponente	DATA	ESCLARECIMENTOS (MOTIVOS, EXAMES, TRATAMENTOS, ETC)