

# FICHA DE MOVIMENTAÇÃO PME - COMBO LESTE

Assistência Médica, Ambulatorial e Hospitalar  
com Obstetria para Pequenas e Micro Empresas



Contrato N.º

Código:

Contratante:

## Motivo do Preenchimento e Legendas:

Inclusão:  Beneficiário  Dependentes  Alteração Cadastral  Alteração de Plano \*Exclusão:  Beneficiário  Dependentes

Estado Civil: S - Solteiro (a) C - Casado (a) V - Viúvo (a) O - Outros  
Grau de Parentesco (GP): C - Cônjuge F - Filho (a) O - Outros Sexo: F - Feminino M - Masculino

\*Obrigatório preenchimento do quadro "Motivo da Exclusão", última página.

01. PRODUTO CONTRATADO		Nº TITULARES	Nº DEPENDENTES	Nº TOTAL DE VIDAS	VALOR MENSALIDADES
<input type="checkbox"/>	SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL LESTE APARTAMENTO (479.146/17-1)				
<input type="checkbox"/>	SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL LESTE ENFERMARIA (479.147/17-9)				
<input type="checkbox"/>	SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL LESTE APARTAMENTO COPARTICIPATIVO (479.148/17-7)				
<input type="checkbox"/>	SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL LESTE ENFERMARIA COPARTICIPATIVO (479.151/17-7)				
<input type="checkbox"/>	Opção Resgate				
<b>VALOR TOTAL GERAL (*sem a taxa de adesão):</b>					<b>R\$</b>

**COMBO + Odonto (483.904/19-8)**  
(Aplicar valores com desconto cobrança unificada)

Valor: Caso o Contratante opte pela contratação 'COMBO' deverá assinalar a opção acima e aplicar os valores COM desconto - Caso o Contratante não tenha interesse pela contratação 'COMBO' basta não assinalar e aplicar os valores SEM desconto.

\*Taxa de Adesão: O valor da Taxa de Adesão será de 10% (dez por cento) e será acrescido e cobrado em seu boleto UMA ÚNICA VEZ.

## 02. BENEFICIÁRIO

Nome \_\_\_\_\_ Data Nasc. \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Est. Civil \_\_\_\_\_

C.P.F. do Beneficiário \_\_\_\_\_ R.G. do Beneficiário \_\_\_\_\_ Orgão Exp. \_\_\_\_\_ PIS PASEP \_\_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_

Número CNS - Cartão Nacional do SUS \_\_\_\_\_

Nome da Mãe do Beneficiário \_\_\_\_\_ R.G. \_\_\_\_\_ Orgão Exp. \_\_\_\_\_

Nome do Responsável ( caso o beneficiário seja menor de 18 anos) \_\_\_\_\_ R.G. \_\_\_\_\_ Orgão Exp. \_\_\_\_\_

Endereço Av. / Rua / Al. \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_ Mensalidade R\$ \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ U.F. \_\_\_\_\_

(DDD) Tel. Residencial \_\_\_\_\_ (DDD) Celular \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## 03. DEPENDENTES

DEPENDENTE 01	Nome Dependente _____	Número CNS - Cartão Nacional do SUS _____
	Data Nasc. _____ C.P.F. _____ R.G. _____ Orgão Exp. _____ Sexo _____ Est. Civil _____ G.P. _____ Valor Mensalidade R\$ _____	
	Nome da Mãe _____ Matrícula _____	
DEPENDENTE 02	Nome Dependente _____	Número CNS - Cartão Nacional do SUS _____
	Data Nasc. _____ C.P.F. _____ R.G. _____ Orgão Exp. _____ Sexo _____ Est. Civil _____ G.P. _____ Valor Mensalidade R\$ _____	
	Nome da Mãe _____ Matrícula _____	
DEPENDENTE 03	Nome Dependente _____	Número CNS - Cartão Nacional do SUS _____
	Data Nasc. _____ C.P.F. _____ R.G. _____ Orgão Exp. _____ Sexo _____ Est. Civil _____ G.P. _____ Valor Mensalidade R\$ _____	
	Nome da Mãe _____ Matrícula _____	
DEPENDENTE 04	Nome Dependente _____	Número CNS - Cartão Nacional do SUS _____
	Data Nasc. _____ C.P.F. _____ R.G. _____ Orgão Exp. _____ Sexo _____ Est. Civil _____ G.P. _____ Valor Mensalidade R\$ _____	
	Nome da Mãe _____ Matrícula _____	

## 04. VALORES TOTAIS

Mensalidades R\$	Valor Resgate R\$	Total R\$
------------------	-------------------	-----------

Assinatura Resp. pela Empresa e Carimbo

Assinatura Beneficiário ou Responsável / Data



**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

- 1) No preenchimento dessa **Declaração de Saúde**, o **Proponente** tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com honorários médicos serão de sua responsabilidade.
- 2) A **Declaração de Saúde** tem por objetivo registrar a existência de doença(s) e/ou lesão(ões) preexistente(s), como sendo aquelas que o Proponente tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
- 3) Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, são oferecidas 2 (duas) opções :
  - a) **Cobertura Parcial Temporária:** é aquela que admite num prazo determinado, para Doença(s) e /ou Lesão(ões) Preexistente(s) – DLP, declaradas na Entrevista Qualificada, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leito de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, previstos na Resolução Normativa nº 82, de 29/09/2004, da ANS.
- 4) A omissão de informações sobre a existência de doença(s) e/ou lesão(ões) preexistente(s) da qual o **Proponente** saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração pode acarretar na suspensão ou cancelamento do **Contrato**. nesse caso, o **Proponente** será responsável pelo pagamento das despesas realizadas como o tratamento de doença(s) e/ou lesão(ões) preexistente(s) omitidas, a partir da data em que tiver recebido comunicação ou notificação da operadora a existência de doença(s) e/ou lesão(ões) preexistente(s) não declaradas.

**PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PELO PROPONENTE DE PRÓPRIO PUNHO, SEM RASURAS, INDEPENDENTE DO AUXÍLIO DO MÉDICO ORIENTADOR.**

S = Sim / N = Não

PERGUNTAS Caso haja respostas afirmativas, especifique no "Quadro Descritivo", na próxima página.		DEPENDENTES				
		Titular	1	2	3	4
<b>A</b>	Alguma internação anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B</b>	Alguma cirurgia anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C</b>	Está em tratamento regular de alguma doença? Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TEM OU TEVE:</b>						
<b>1</b>	Doenças do aparelho Cardio-vascular: pressão alta, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, infarto, angina, derrame, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	Doenças pulmonares: asma, bronquite, enfisema, pneumonias de repetição, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	Doenças do aparelho digestivo: gastrite, úlcera, colite, doenças hepáticas, diverticulite, esofagite, pancreatite, varizes de esôfago, doenças de Crohn, engasgos de repetição, alterações anais, pedra na vesícula, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	Doenças infecto-contagiosas: Hepatites A, B, C, D e/ou E, tuberculose, chagas, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Doenças imunológicas: AIDS, HIV e suas complicações, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	Doenças reumáticas: artrites, febre reumática, lúpus, esclerose múltiplas, esclerodermia, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7</b>	Doenças do ouvido, nariz ou garganta: otite, surdez, rinite, desvio de septo, adenóide, colesteatoma, sinusite, amigdalite de repetição, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	Doenças dos olhos: catarata, glaucoma, miopia, astigmatismo, ceratocome, hipermetropia, retinopatias, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b>	Doenças ou más formações congênitas ou hereditárias, "Síndrome de Down", entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10</b>	Doenças ortopédicas: artrose, hérnia de disco, fraturas, desvio da coluna, tendinite, bursite, osteoporose, amputação, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11</b>	Doenças renais ou da bexiga: insuficiência renal, rins policísticos, pedras nos rins, diálise, anomalia do ureter, bexiga, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12</b>	Doenças de sangue: anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, anemia falciforme, talassemia, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13</b>	Doenças da pele: dermatite, pintas escuras, marcas de nascença, quelóides, psoríase, queimaduras, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14</b>	Complicações decorrentes do parto: cistocele, retocele, incontinência urinária, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15</b>	Hérnias: umbilical, escrotal, incisional, hiato, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16</b>	Sobre peso, obesidade, obesidade mórbida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17</b>	Doenças ginecológicas ou das mamas: Mioma, cisto de ovários, hemorragias, transtornos do períneo, nódulos, cistos de mama, mamas gigantes, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18</b>	Genitais masculinos: fimose, próstata, testículo retrátil, doença de Peroney, hidrocele, impotência, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19</b>	Doenças endócrinas ou metabólicas: diabetes, tireóide, hipófise, colesterol, ácido úrico, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20</b>	Doenças neurológicas: acidente vascular cerebral, parkinson, alzheimer, esclerose múltipla, epilepsia, derrame, paralisia cerebral, desmaios, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21</b>	Transtornos psiquiátricos: depressão, esquizofrenia, psicose, neurose, retardo mental, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>22</b>	Transtornos de comportamento por uso de drogas: álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>23</b>	Doenças ou tumorações malignas (câncer) ou benignas? Especificar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24</b>	Realiza ou realizou tratamento para câncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>25</b>	Doenças das veias e artérias: varizes, aneurisma, trombose, hemorrágias, má circulação, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>26</b>	Possui marca-passo ou outra prótese interna: pinos, placas, parafusos, etc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>27</b>	Possui alguma doença ou está em tratamento buco maxilo facial ou faz uso de aparelho ortodôntico? (Ex.: ATM–disfunção da articulação; prognatismo; micrognatismo; disfunção mastigatória; dente incluído; cisto dentífero)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>28</b>	Alguma outra doença não mencionada acima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>29</b>	Peso (kg)	Titular <input type="text"/>	D.1 <input type="text"/>	D.2 <input type="text"/>	D.3 <input type="text"/>	D.4 <input type="text"/>
<b>30</b>	Altura (m)	Titular <input type="text"/>	D.1 <input type="text"/>	D.2 <input type="text"/>	D.3 <input type="text"/>	D.4 <input type="text"/>





**MOTIVO DA EXCLUSÃO**

Demissão ou exoneração sem justa causa  
 outro

Demissão ou exoneração com justa causa

Aposentadoria

Se demitido, informar a data de demissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O beneficiário contribuía para o pagamento do plano de saúde?

sim  não

\*Se contribuía, foi o beneficiário informado do seu direito de optar pela continuidade ou não do contrato?

sim  não

\*Se contribuía, o beneficiário é empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa?

sim  não

Se informado do seu direito de optar pela continuidade ou não do contrato:

Opção exercida:  Continuidade do benefício  Não continuidade do benefício  Data da Opção \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\* Se contribuía, qual o tempo de contribuição do beneficiário para o pagamento do plano privado de assistência à saúde?  anos  meses  dias

*\* Beneficiário contribuinte é aquele que contribuía com parte ou integralmente para o pagamento do plano privado de assistência à saúde.*

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do beneficiário titular

Assinatura e carimbo da contratante

**PARA USO EXCLUSIVO - SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL**

Observações:

Data:

Assinatura com Carimbo: \_\_\_\_\_

