

MOTIVO DA EXCLUSÃO

- Demissão ou exoneração sem justa causa Demissão ou exoneração com justa causa Aposentadoria
 outro

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: _____



ANS-nº 31421-8

FICHA DE MOVIMENTAÇÃO PME - LESTE

Assistência Médica, Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia 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. CATEGORIA DO PLANO

Declaro que entre as opções de categoria e padrões de acomodação (Apartamento ou Quarto Coletivo) de plano oferecidas bem como a opção de Resgate, conforme especificado nas condições gerais do presente contrato as quais me foram apresentadas e tenho conhecimento, assinalando abaixo minha decisão:

- SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL LESTE ENF. (479.147/17-9) SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL LESTE ENF. - COPARTICIPATIVO (479.148/17-7)
 SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL LESTE APTO. (479.146/17-1) SÃO CRISTÓVÃO EMPRESARIAL LESTE APTO. - COPARTICIPATIVO (479.148/17-7) OPÇÃO DE RESGATE

02. BENEFICIÁRIO

Nome				Data Nasc.			Sexo			Est. Civil			
C.P.F. do Beneficiário				R.G. do Beneficiário			Orgão Exp.			PIS PASEP			
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

01 DEPENDENTE	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				Matricula							
02 DEPENDENTE	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				Matricula							
03 DEPENDENTE	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				Matricula							
04 DEPENDENTE	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				Matricula							
05 DEPENDENTE	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				Matricula							

04. VALORES TOTAIS

Mensalidades R\$	Valor Resgate R\$	Total R\$	Assinatura Resp. pela Empresa e Carimbo	Assinatura Beneficiário ou Responsável / Data
------------------	-------------------	-----------	---	---

Declaração de Saúde e Aditivo de Cobertura Parcial Temporária



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	5
A Alguma internação anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Alguma cirurgia anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Está em tratamento regular de alguma doença? Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEM OU TEVE:						
1 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"/>	<input type="checkbox"/>
2 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"/>	<input type="checkbox"/>
3 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"/>	<input type="checkbox"/>
4 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"/>	<input type="checkbox"/>
5 Doenças imunológicas: AIDS, HIV e suas complicações, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 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"/>	<input type="checkbox"/>
7 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"/>	<input type="checkbox"/>
8 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"/>	<input type="checkbox"/>
9 Doenças ou más formações congênicas ou hereditárias, "Síndrome de Down", entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 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"/>	<input type="checkbox"/>
11 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"/>	<input type="checkbox"/>
12 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"/>	<input type="checkbox"/>
13 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"/>	<input type="checkbox"/>
14 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"/>	<input type="checkbox"/>
15 Hérnias: umbilical, escrotal, incisional, hiato, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Sobre peso, obesidade, obesidade mórbida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 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"/>	<input type="checkbox"/>
18 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"/>	<input type="checkbox"/>
19 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"/>	<input type="checkbox"/>
20 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"/>	<input type="checkbox"/>
21 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"/>	<input type="checkbox"/>
22 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"/>	<input type="checkbox"/>
23 Doenças ou tumorações malignas (câncer) ou benignas? Especificar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Realiza ou realizou tratamento para câncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Doenças das veias e artérias: varizes, aneurisma, trombose, hemorragias, má circulação, entre outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 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"/>	<input type="checkbox"/>
27 Alguma outra doença não mencionada acima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 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"/>	D.5 <input type="text"/>
29 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"/>	D.5 <input type="text"/>

Declaração de Saúde e Aditivo de Cobertura Parcial Temporária



QUADRO DESCRITIVO

Item	Proponente	Data Evento	Caso um ou mais proponentes apresente uma ou mais respostas positivas, especifique os detalhes: data, diagnóstico, tratamento, evolução, seqüela, situação atual e o que for importante para avaliação médica.

Optei por não utilizar o auxílio de um Médico para o Preenchimento da Declaração de Saúde

Médico: _____ **CRM:** _____
Data: | | | | | | **Assinatura com Carimbo:** _____

Em vista de doença(s) e ou lesão(ões) preexistente(s), informada(s), declaro estar ciente da **Cobertura Parcial Temporária**.

Opção	Benef.	Dependentes				
		1	2	3	4	5
Cobertura Parcial Temporária						

Assumo plena responsabilidade pela veracidade de todas as informações aqui prestadas, sendo certo que, a omissão de fatos possam influir nas condições para Admissão no **Plano de Saúde São Cristóvão - São Cristóvão Empresarial**, caracterizará comportamento fraudulento, aqui sujeitando-me, bem como os demais dependentes, às sanções legais e cabíveis, bem como, a suspensão ou cancelamento do contrato.

Local e Data

Assinatura do Beneficiário / Responsável