

TITULAR

CPF	Nome (Obrigatório nome completo)										Data de Nascimento	
Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Nome da Mãe do Titular											
RG	Orgão/UF	E/C*	Sexo	E-mail								

Concordo e autorizo o recebimento do boleto digital no endereço de e-mail indicado acima.

ENDEREÇO RESIDENCIAL (Preenchimento Obrigatório)

Cellular	Telefone	CEP	Endereço Residencial							UF
Número	Complemento	Bairro	Cidade							
Responsável Legal	<input type="checkbox"/> Próprio Titular	<input type="checkbox"/> Mãe (quando o titular for menor de 18 anos)	<input type="checkbox"/> Pai (quando o titular for menor de 18 anos)	Portador de Tutela/Curatela com documento de caráter provisório ou definitivo válido						

DADOS DOS DEPENDENTES (Obrigatório Nome Completo e CPF para maiores de 18 anos)

CPF do Dependente	Nome do Dependente (Obrigatório nome completo)	Data de Nascimento	RG	Orgão/UF	GP**
1	Nome da Mãe do Dependente				
EC* Sexo E-mail					
2	Nome do Dependente (Obrigatório nome completo)				
EC* Sexo E-mail					
3	Nome do Dependente (Obrigatório nome completo)				
EC* Sexo E-mail					
4	Nome do Dependente (Obrigatório nome completo)				
EC* Sexo E-mail					

Legenda: *EC - Estado Civil (1) Solteiro (2) Casado (3) Viúva (4) Separado (5) Divorciado (6) Outros **GP - Grau de Parentesco (1) Cônjuge / Convivente (2) Filho(a) (3) Outros

VENCIMENTO

Escolha o dia do vencimento: Em qual período prefere ser contatado pela operadora Manhã Tarde

ENDEREÇO OPCIONAL PARA COBRANÇA

NÃO SIM

VALOR DO PLANO

Valor por Extensão

O PAGAMENTO SERÁ EFETUADO APENAS NO ATO DA ASSINATURA DO CONTRATO.

DADOS DO CORRETOR E PLATAFORMA

Nome do Corretor(a)	CPF	Telefone
E-mail	Nome da Plataforma	Código da Plataforma

Quadro I - Questionário de Saúde

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

Se alguma resposta for positiva, especificar no Quadro II - Esclarecimentos Complementares, abaixo reservado, qual a doença e há quanto tempo existe

Item	Informe se é portador ou sofre de	Responda escrevendo 'SIM' ou 'NÃO'				
1	Sofre ou sofreu de doenças das veias ou artérias (varizes, trombose, úlceras, doença arterial crônica, amputações ou outras)?					
2	Sofre ou sofreu de doença do aparelho cardiocirculatório (angina, infarto, arritmias, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, ponte de safena, revascularização cardíaca ou outras)?					
3	Sofre ou sofreu de doença endócrina ou metabólica (diabetes, hipotireoidismo, hipertireoidismo, adenoma de hipófise, obesidade, síndrome metabólica ou outras)?					
4	Sofre ou sofreu de doença do aparelho digestivo (gastrite, úlcera gástrica, pancreatite refluxo gastroesofágico, colostomia, doenças do intestino como Crohn, colite, retocolite, diverticulite, hemorróidas ou outras)?					
5	Sofre ou sofreu de doenças da vesícula (colelitíase (pedra na vesícula), colecistite, colestase, colecistopatia crônica, neoplasia ou outras)?					
6	Sofre ou sofreu de hérnia de qualquer tipo (inguinal, umbilical, hiatal, incisional ou outras)?					
7	Sofre ou sofreu de doenças do sangue ou imunológica (anemia, púrpura, talassemia, hemofilia, trombofilia, coagulopatias, leucemias, linfomas ou outras)?					
8	Sofre ou sofreu de doença do aparelho gênito-urinário (cálculos/pedras nos rins, infecção nos rins, infecção urinária, doença da bexiga, doença da uretra, insuficiência renal, foi submetido(a) a sondagem vesical ou hemodiálise ou outras)?					
9	Sofre ou sofreu de doença do sistema nervoso e cérebro vascular (derrame/AVC, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia, esclerose, neuropatias, microcefalia, hidrocefalia ou outras)?					
10	Sofre ou sofreu de doença do ouvido, nariz e garganta (alterações da audição, hipoacusia, desvio de septo, sinusites, amigdalites ou outras)?					
11	Sofre ou sofreu de doença crônica do aparelho respiratório (asma, bronquite, enfisema, DPOC, pneumonia de repetição ou outras)?					
12	Sofre ou sofreu de doença ortopédica (artrose, hérnia de disco, deformidade óssea, osteoporose, osteomielite, lesão ligamentar ou reconstrução de ligamento, tendinites, bursites, fraturas, osteossíntese com placas e parafusos, artroplastia com próteses ou outras)?					
13	Sofre ou sofreu de deformidade oral ou dentofacial (micrognatismo, prognatismo, alterações mandibulares, ATM ou outras)?					
14	Sofre ou sofreu de doença reumatológica (artrite, reumatismo, espondilite, febre reumática, lúpus, gota, nódulos pelo corpo, manchas, fibromialgia ou outras)?					
15	Sofre ou sofreu de doença ginecológica e de mama (doença do perineo, mioma, endometriose, cisto do ovário, cisto de mama, neoplasias ou outras)? Gestações? Partos? Abortos?					
16	Sofre ou sofreu de doença benigna ou maligna, tumoração benigna ou maligna (câncer, leucemia, bócio, neurofibromatose ou outras)?					
17	Sofre ou sofreu de doença do órgão genital masculino (doença da próstata, hiperplasia prostática, hidrocele, fimose, varicocele, neoplasias ou outras)?					
18	Sofre ou sofreu de doença da visão (catarata, glaucoma, doenças da retina e da córnea, miopia, astigmatismo, doenças consequentes do diabetes, amaurose ou outras)?					
19	Sofre ou sofreu de doença ou transtorno mental e comportamental (depressão, transtorno de ansiedade, transtornos ou atraso mental, esquizofrenia, demência, autismo, síndromes ou outras)?					
20	Sofre ou sofreu de malformação congênita, síndromes e/ou anomalia cromossômica (rins policísticos, síndrome de Down ou outras)?					
21	Sofre de lesão dermatológica (lesão externa provocada por queimaduras, lesões crônicas, dermatites, psoríase, queratoses, melanoses, xantelasma, acrocórdons, cicatrizes cirúrgicas, queloides ou outras)?					
22	Sofre de doenças infecciosas e suas consequências (HIV, hepatites, tuberculose, toxoplasmose, herpes, sífilis ou outras)?					
23	Encontra-se atualmente em algum tratamento médico? Em sistema público ou privado?					
24	Foi submetido a algum tipo de cirurgia ou foi/é portador(a) de alguma patologia não relacionada acima? Sofreu algum acidente pessoal?					

Quadro II - Esclarecimentos Complementares

Caso a resposta para algumas das questões anteriores tenha sido sim ou qualquer outra doença que não se encontre listada no quadro I, especifique a razão dela (data, tratamento, quadro atual e tudo mais que julgar importante para avaliação de sua saúde).

Beneficiário	Item/Evento	Descrição / Esclarecimentos	Data
			__/__/__
			__/__/__
			__/__/__
			__/__/__
			__/__/__
			__/__/__
			__/__/__
			__/__/__