

Empresa com ato	á.	Inclusão:			dade de c nº 438/18		Alteração de	nlano:
☐ até 29 vidas			epend	ente			_	☐ Downgrade
		MENTAÇÃO PARA II					-13	
indique depende As informações o É obrigatória a a seu representan assinatura deven A data de início o de dúvidas, cons Para a realização documentos de e Fica dispensado de carências. Atenção! Se o p Declaração de S. Titular: docume • Empregados: o registro (conter • Sócios/Adminis • Estagiários e m • Prestadores de • Protocolo ANS Dependentes: d • Cônjuge: certid • Companheiro(a • Filhos: certidão	entes menores de cadastrais aqui pressinatura e o presente legal na Propor no ser os mesmos de vigência de tito de da inclusão, al elegibilidade a ser o preenchimento lano de destino paúde deverá ser entos comprobarteira de traballado no mínimo os atradores: contrai denores aprendiz em casos de por locumentos cor ão de casamento de de Nascimento	ém da Proposta de Ineguir descritos: o da Declaração de Sa possuir coberturas não preenchida. Itórios de vínculo em no (páginas com foto, is dados dos documento to social e última alter des: contrato de estáginato da empresa presta rtabilidade de carência inprobatórios de víndo; e união estável (público ou RG;	ne não integra po 'loo carta de nentos. s deve aclusão aúde s o previentos per ação, o io/contradora e as (RN culo co a ou pa	possuam CPF, cante da Propostical e data de presentação ao acompanhar o respecto a inclusão est stas na segmentício: cação e registro assoais, além da devidamente regrato de aprendize contrato de presentação mo beneficiár articular);	de empressinformado número de conúmero de	everá inforresão. ento' pelo prio, sendo de de vigêndo enchida, se conada ao esistencial de egado), relações da corperante o de vidamente e serviços do protoco esta do protoc	proponente to que o local, a sia da apólice erá necessár exercício da portado plano de oração FGTS o ntratação); orgão competicertificado; entre as participar o	itular e/ou data e a e. Em caso io o envio dos cortabilidade rigem, a u ficha de cente; es;
		o ou RG + vínculo co o, termo de guarda ou			neiro do ti	tular;		
		nchimento obrigatório confo			S e IN nº 50	/DIDES.		
Estipulante*						Nº da ap	oólice*	
Subestipulante						Nº do su	ıbestipulante	
Nome do titular*						CPF*		
Nº protocolo RN	438	RG/RNE		Órgão expedio	lor	Nº cartão	o nacional de	saúde (CNS)*
PIS/PASEP*		Data de nascimento*	M	unicípio de nasc	imento*	Estado	civil*	Sexo
Nome da mãe*				E	-mail*			
Endereço*				Bairro*		Cio	dade*	03/17
UF* CEP*		Tel. residencial		Tel. celular	*	7	el. comercial	03/17
Data de admissã	io*	Cargo*	D	epartamento				
Início do seguro*	•	Plano*	R	egistro do empr	egado	Centro d	le custo	ANS - N° 00051-5
DADOS BANCÁ	RIOS PARA RE	EMBOLSO (Exclusivan	nente co	nta corrente)				- SN
Banco		N°	N	º agência	∣ Nº cor	nta corrente	e Díg	ito

NOTA 7001



DADOS DOS DEPENDENTES	(campo obrigatório se tiver dependente)	
Dependente 1 Nome*		Data de Data de início Parentesco* nascimento* Idade* Sexo* do seguro
CPF*	Nome da mãe*	Nº cartão nacional de saúde* (CNS)
Município de nascimento/UF*	Nº da declaração de nascido vivo	N° protocolo RN 438 RG/RNE Estado civil*
Dependente 2 Nome*		Data de Data de início Parentesco* nascimento* Idade* Sexo* do seguro
CPF*	Nome da mãe*	Nº cartão nacional de saúde* (CNS)
Município de nascimento/UF*	Nº da declaração de nascido vivo	N° protocolo RN 438 RG/RNE Estado civil*
Dependente 3 Nome*		Data de Data de início Parentesco* nascimento* Idade* Sexo* do seguro
CPF*	Nome da mãe*	Nº cartão nacional de saúde* (CNS)
Município de nascimento/UF*	Nº da declaração de nascido vivo	N° protocolo RN 438 RG/RNE Estado civil*
Dependente 4 Nome*		Data de Data de início Parentesco* nascimento* Idade* Sexo* do seguro
CPF*	Nome da mãe*	Nº cartão nacional de saúde* (CNS)
Município de nascimento/UF*	Nº da declaração de nascido vivo	Nº protocolo RN 438 RG/RNE Estado civil*

INFORMAÇÕES - DECLARAÇÃO DE SAÚDE

- 1. Ao preencher a Declaração Pessoal de Saúde, o proponente tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela Allianz Saúde. Caso o proponente opte por ser orientado por um médico de sua livre escolha, as despesas com os honorários serão de sua responsabilidade.
- 2. A Declaração Pessoal de Saúde tem o objetivo de informar a existência de doenças e/ou lesões preexistentes que o proponente saiba ser portador ou sofredor no momento da assinatura da Proposta de Inclusão, tanto com relação a si próprio quanto a qualquer de seus dependentes.
- 3. Ao declarar doença ou lesão preexistente, caso a apólice a qual o proponente se vinculará tenha menos de 30 (trinta) segurados, serão oferecidas as seguintes opções de cobertura:
- 3.1. Cobertura Parcial Temporária É a cobertura que admite, durante o prazo de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de inclusão do segurado na apólice, a suspensão da cobertura de procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade (PAC), relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo segurado ou seu representante legal quando do preenchimento da presente Proposta de Inclusão. Os procedimentos de alta complexidade são definidos e atualizados periodicamente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS.
- 3.2. **Agravo** É o acréscimo no valor do prêmio do seguro saúde dos proponentes portadores de doenças ou lesões preexistentes, a fim de possibilitar que estes tenham acesso integral às coberturas contratadas, alternativamente à adoção de cláusula de cobertura parcial temporária. Esse acréscimo terá como referência a cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.
- 4. Caso sejam identificadas pela Allianz Saúde doenças ou lesões preexistentes não declaradas nesta Proposta de Inclusão, a Seguradora comunicará imediatamente o proponente para que manifeste-se sobre o assunto, podendo oferecer a este a Cobertura Parcial Temporária ou Agravo caso de fato a doença ou lesão preexistente seja constatada, ou ainda solicitar abertura de processo administrativo junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, denunciando a omissão da informação por parte do proponente.
- 5. Caso a ANS entenda que o proponente omitiu a existência de doenças e lesões preexistentes no preenchimento desta Proposta de Inclusão, a Allianz Saúde poderá suspender ou excluir o proponente da apólice por fraude, hipótese em que o proponente será responsável pelo pagamento das despesas com o tratamento da doença ou lesão preexistente omitida, nos termos da RN nº 162/2007, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS.





CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público, vem por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

Q'S WG'! 'C'FGENCTC¥ï Q'FG'UC—FGA

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção. Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENCA OU LESÃO.

CQ'FGENCTCT'CUFQGP\(\fomage \text{CUGIQWNGU\(\fomage \text{GUS WG'Q'DGPGHIE I\(\fomage \text{TKQ'UCKDC'UGT'RQTVCFQT'PQ''}\)}\) O QO GPVQ'FC'EQPVTCVC\(\fomage \text{i'}\) Q<

A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS. A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais. No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografía, ressonância, etc.*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.

NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato. Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

CQ'Pï Q'FGENCTCT'CUFQGP\(\) CU'G\(\) CU'G\(

A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação. Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes à doença ou lesão não declarada. Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no site: www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

•	-				
Beneficiário		Intermediário entre a operadora e o beneficiário			
	/ /		/ /		
Local	Data	Local	Data		
Nome		Nome			
Assinatura		CPF			



DECLARAÇÃO DE SAÚDE - TITULAR E DEPENDENTES

Relacionamos no questionário abaixo doenças e tratamentos que podem ter acometido você ou seus dependentes. Para respondê-lo, avalie se vocês têm ou tiveram diagnosticadas as patologias ou doenças abaixo ou se foram indicados a algum tratamento médico e sinalize de **próprio punho** com "S" (sim) ou "N" (não). Havendo alguma resposta afirmativa, esclareça no quadro 'Esclarecimentos', abaixo do questionário.

Item	Descrição
1	Informar o peso e a altura do titular e seus dependentes nos quadros abaixo.

Titular	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4
Peso	Peso	Peso	Peso	Peso
Altura	Altura	Altura	Altura	Altura

, utar		Altura	Attara	Aitura			Altura		
Item		Pergunta			Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep.4
2	Você está em pr para alguma ciru	o a.							
3	Você já foi interna quando e por qua	ado ou realizou alguma ci al motivo.	rurgia? Se sim, informar						
4	angina, infarto, p cirurgias cardíac	arelho cardiocirculatório ressão alta, arritmias, a as anteriores, insuficiêno as congênitas, coração ar	neurisma de aorta, cia cardíaca, valvulopatias	5,					
5		stornos de coagulação (a, anemia falciforme, púl ex: hemofilia, doença de v						
6		res como varizes, trombo cular, hemangiomas entr							
7	Doenças imunológicas e do colágeno ou autoimunes como HIV, AIDS e suas complicações, lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artrite reumatoide, artrite gotosa (Gota), espondilite anquilosante, entre outras.								
8	Doenças endócrinas e metabólicas (como diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, bócio, nódulos de tíreoide, tireoidites, obesidade, dislipidemias, alteração do ácido úrico, entre outras).								
9	Doenças do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, do nariz e da garganta como asma, bronquite, enfisema, DPOC, pneumonia de repetição, fibrose cística pulmonar, diminuição da audição, sinusite e desvio de septo nasal, amigdalites de repetição, entre outras.								
10	inflamatória intes		nça de CROHN, doença pólipos, pancreatite, doe , gastrites, úlceras, entre d						
11	articulações (joel osteoporose, lesá deformidades óss	hos, ombros, bacia etc.), ão ligamentar, lesão de te seas congênitas (lordose gênese imperfeita (ossos	ia de disco, doenças de deformidade óssea, endão, desvios de coluna, , escoliose, encurtamento de vidro), etc.), fraturas d	o de					
12	constantes, enxac cerebral, paralisia amiotrófica (ELA), epilepsia, autismo nervoso, tumores meningites, entre	queca, acidente vascular o cerebral, tetraplegia, para, esclerose múltipla, doen o, distúrbios de atenção e o benignos (ex: craniofaring outras.	ça de Parkinson, Alzheimo doenças congênitas do sist eoma, adenomas, etc.),	ma er, ema					
13	crônica ou agud	la, hemodiálise, diálise de repetição, incontinênc	o renal, insuficiência renal parenteral ou outras d cia urinária, doenças conç	iálises,					



Pergunta	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep.4
Doenças do aparelho reprodutor masculino ou feminino como doenças de próstata, testículo e pênis, cistos de ovário, mioma uterino, endometriose e adenomiose, mastites de repetição, nódulos e cistos de mama, entre outras.					
Doenças ou tumorizações malignas como câncer de mama, câncer de próstata, câncer de fígado, câncer de pâncreas, câncer cerebral, câncer de pulmão, melanoma, leucemia, mieloma múltiplo, entre outras.					
Doenças infecciosas (como: HIV (AIDS) e suas complicações, hepatite B ou C, tuberculose, leishmaniose, sífilis, malária, febre amarela, doenças de chagas, dengue, zika, chicungunya, entre outras).					
Transplantes: já realizou ou necessita realizar algum tipo de transplante? Caso positivo, especifique qual.					
Doenças congênitas, hereditárias ou genéticas como transtornos do metabolismo (ex: mucopolissacaridose, doença de Fabry, doença de Gaucher, doença de Pompe, mucolipidose, entre outras), epidermólise bolhosa, amiloidose familiar, síndrome de Down, síndrome de Arnold Chiari, imunodeficiência combinada grave - SCID, entre outras.					
Doenças oftalmológicas como miopia, catarata, glaucoma, ceratocone, doenças da mácula, entre outras.					
Doenças buco maxilo facial, problemas na articulação temporo mandibular (ATM), estalidos, problemas de mordida, bruxismo, entre outros.					
Doenças psiquiátricas como transtornos de ansiedade, síndrome do pânico, transtornos depressivos, esquizofrenia, entre outros.					
Está em período gestacional? Se sim, por favor informar o tempo de gestação.					
A gestação está em acompanhamento de diabetes gestacional ou de hipertensão arterial associada à gestação (eclampsia e pré-eclampsia)?					
Sofre ou sofreu, teve sintomas ou já realizou tratamento para qualquer outra patologia não relacionada às questões anteriores? Se sim, por favor especificar a doença, o tratamento e quando ocorreu.					
	Doenças do aparelho reprodutor masculino ou feminino como doenças de próstata, testículo e pênis, cistos de ovário, mioma uterino, endometriose e adenomiose, mastites de repetição, nódulos e cistos de mama, entre outras. Doenças ou tumorizações malignas como câncer de mama, câncer de próstata, câncer de fígado, câncer de pâncreas, câncer cerebral, câncer de pulmão, melanoma, leucemia, mieloma múltiplo, entre outras. Doenças infecciosas (como: HIV (AIDS) e suas complicações, hepatite B ou C, tuberculose, leishmaniose, sífilis, malária, febre amarela, doenças de chagas, dengue, zika, chicungunya, entre outras). Transplantes: já realizou ou necessita realizar algum tipo de transplante? Caso positivo, especifique qual. Doenças congênitas, hereditárias ou genéticas como transtornos do metabolismo (ex: mucopolissacaridose, doença de Fabry, doença de Gaucher, doença de Pompe, mucolipidose, entre outras), epidermólise bolhosa, amiloidose familiar, síndrome de Down, síndrome de Arnold Chiari, imunodeficiência combinada grave - SCID, entre outras. Doenças oftalmológicas como miopia, catarata, glaucoma, ceratocone, doenças da mácula, entre outras. Doenças buco maxilo facial, problemas na articulação temporo mandibular (ATM), estalidos, problemas de mordida, bruxismo, entre outros. Doenças psiquiátricas como transtornos de ansiedade, síndrome do pânico, transtornos depressivos, esquizofrenia, entre outros. Está em período gestacional? Se sim, por favor informar o tempo de gestação. A gestação está em acompanhamento de diabetes gestacional ou de hipertensão arterial associada à gestação (eclampsia e pré-eclampsia)? Sofre ou sofreu, teve sintomas ou já realizou tratamento para qualquer outra patologia não relacionada às questões anteriores? Se sim, por	Doenças do aparelho reprodutor masculino ou feminino como doenças de próstata, testículo e pênis, cistos de ovário, mioma uterino, endometriose e adenomiose, mastites de repetição, nódulos e cistos de mama, entre outras. Doenças ou tumorizações malignas como câncer de mama, câncer de próstata, câncer de fígado, câncer de pâncreas, câncer cerebral, câncer de pulmão, melanoma, leucemia, mieloma múltiplo, entre outras. Doenças infecciosas (como: HIV (AIDS) e suas complicações, hepatite B ou C, tuberculose, leishmaniose, sífilis, malária, febre amarela, doenças de chagas, dengue, zika, chicungunya, entre outras). Transplantes: já realizou ou necessita realizar algum tipo de transplante? Caso positivo, especifique qual. Doenças congênitas, hereditárias ou genéticas como transtornos do metabolismo (ex: mucopolissacaridose, doença de Fabry, doença de Gaucher, doença de Pompe, mucolipidose, entre outras), epidermólise bolhosa, amiloidose familiar, síndrome de Down, síndrome de Arnold Chiari, imunodeficiência combinada grave - SCID, entre outras. Doenças oftalmológicas como miopia, catarata, glaucoma, ceratocone, doenças da mácula, entre outras. Doenças buco maxilo facial, problemas na articulação temporo mandibular (ATM), estalidos, problemas de mordida, bruxismo, entre outros. Doenças psiquiátricas como transtornos de ansiedade, síndrome do pânico, transtornos depressivos, esquizofrenia, entre outros. Está em período gestacional? Se sim, por favor informar o tempo de gestação. A gestação está em acompanhamento de diabetes gestacional ou de hipertensão arterial associada à gestação (eclampsia e pré-eclampsia)? Sofre ou sofreu, teve sintomas ou já realizou tratamento para qualquer outra patologia não relacionada às questões anteriores? Se sim, por	Doenças do aparelho reprodutor masculino ou feminino como doenças de próstata, testículo e pênis, cistos de ovário, mioma uterino, endometriose e adenomiose, mastites de repetição, nódulos e cistos de mama, entre outras. Doenças ou tumorizações malignas como câncer de mama, câncer de próstata, câncer de figado, câncer de pâncreas, câncer cerebral, câncer de pulmão, melanoma, leucemia, mieloma múltiplo, entre outras. Doenças infecciosas (como: HIV (AIDS) e suas complicações, hepatite B ou C, tuberculose, leishmaniose, sífilis, malária, febre amarela, doenças de chagas, dengue, zika, chicungunya, entre outras). Transplantes: já realizou ou necessita realizar algum tipo de transplante? Caso positivo, especifique qual. Doenças congênitas, hereditárias ou genéticas como transtornos do metabolismo (ex: mucopolissacaridose, doença de Fabry, doença de Gaucher, doença de Pompe, mucolipidose, entre outras), epidermólise bolhosa, amiloidose familiar, síndrome de Down, síndrome de Arnold Chiari, imunodeficiência combinada grave - SCID, entre outras. Doenças oftalmológicas como miopia, catarata, glaucoma, ceratocone, doenças da mácula, entre outras. Doenças buco maxilo facial, problemas na articulação temporo mandibular (ATM), estalidos, problemas de mordida, bruxismo, entre outros. Doenças psiquiátricas como transtornos de ansiedade, síndrome do pânico, transtornos depressivos, esquizofrenia, entre outros. Está em período gestacional? Se sim, por favor informar o tempo de gestação. A gestação está em acompanhamento de diabetes gestacional ou de hipertensão arterial associada à gestação (eclampsia e pré-eclampsia)? Sofre ou sofreu, teve sintomas ou já realizou tratamento para qualquer outra patologia não relacionada às questões anteriores? Se sim, por	Doenças do aparelho reprodutor masculino ou feminino como doenças de próstata, testículo e pênis, cistos de ovário, mioma uterino, endometriose e adenomiose, mastites de repetição, nódulos e cistos de mama, entre outras. Doenças ou tumorizações malignas como câncer de mama, câncer de próstata, câncer de fígado, câncer de pâncreas, câncer cerebral, câncer de pulmão, melanoma, leucemia, mieloma múltiplo, entre outras. Doenças infecciosas (como: HIV (AIDS) e suas complicações, hepatite B ou C, tuberculose, leishmaniose, sífilis, malária, febre amarela, doenças de chagas, dengue, zika, chicungunya, entre outras). Transplantes: já realizou ou necessita realizar algum tipo de transplante? Caso positivo, especifique qual. Doenças congênitas, hereditárias ou genéticas como transtornos do metabolismo (ex: mucopolissacaridose, doença de Fabry, doença de Gaucher, doença de Pompe, mucolipidose, entre outras), epidermólise bolhosa, amiloidose familiar, síndrome de Down, síndrome de Arnold Chiari, imunodeficiência combinada grave - SCID, entre outras. Doenças oftalmológicas como miopia, catarata, glaucoma, ceratocone, doenças da mácula, entre outras. Doenças buco maxilo facial, problemas na articulação temporo mandibular (ATM), estalidos, problemas de mordida, bruxismo, entre outros. Doenças psiquiátricas como transtornos de ansiedade, síndrome do pânico, transtornos depressivos, esquizofrenia, entre outros. Está em período gestacional? Se sim, por favor informar o tempo de gestação. A gestação está em acompanhamento de diabetes gestacional ou de hipertensão arterial associada à gestação (eclampsia e pré-eclampsia)? Sofre ou sofreu, teve sintomas ou já realizou tratamento para qualquer outra patologia não relacionada às questões anteriores? Se sim, por	Doenças do aparelho reprodutor masculino ou feminino como doenças de próstata, testículo e pênis, cistos de ovário, mioma uterino, endometriose e adenomiose, mastites de repetição, nódulos e cistos de mama, entre outras. Doenças ou tumorizações malignas como câncer de mama, câncer de próstata, câncer de fígado, câncer de pâncreas, câncer cerebral, câncer de pulmão, melanoma, leucemia, mieloma múltiplo, entre outras. Doenças infecciosas (como: HIV (AIDS) e suas complicações, hepatite B ou C, tuberculose, leishmaniose, sífilis, malária, febre amarela, doenças de chagas, dengue, zika, chicungunya, entre outras). Transplantes: já realizou ou necessita realizar algum tipo de transplante? Caso positivo, especifique qual. Doenças congênitas, hereditárias ou genéticas como transtornos do metabolismo (ex: mucopolissacaridose, doença de Fabry, doença de Gaucher, doença de Pompe, mucolipidose, entre outras), epidermólise bolhosa, amiloidose familiar, síndrome de Down, síndrome de Arnold Chiari, imunodeficiência combinada grave - SCID, entre outras. Doenças oftalmológicas como miopia, catarata, glaucoma, ceratocone, doenças da mácula, entre outras. Doenças buco maxilo facial, problemas na articulação temporo mandibular (ATM), estalidos, problemas de mordida, bruxismo, entre outros. Doenças psiquiátricas como transtornos de ansiedade, síndrome do pânico, transtornos depressivos, esquizofrenia, entre outros. Está em período gestacional? Se sim, por favor informar o tempo de gestação. A gestação está em acompanhamento de diabetes gestacional ou de hipertensão arterial associada à gestação (eclampsia e pré-eclampsia)? Sofre ou sofreu, teve sintomas ou já realizou tratamento para qualquer outra patologia não relacionada às questões anteriores? Se sim, por

ESCLARECIMENTOS

Caso tenha inserido resposta positiva para alguma das perguntas do questionário acima ou tenha ciência de alguma outra doença ou lesão preexistente, identifique abaixo o número da questão indicando a qual proponente se refere (titular ou dependentes) e descreva os detalhes como tempo de diagnóstico, tipo de tratamento, medicações utilizadas, internações, exames ou terapias a que tenha sido submetido.

Nos casos em que a portabilidade de carências for exercida e o plano de destino possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, será necessário o preenchimento das colunas "Cumpriu CPT" e "Data início CPT", da Declaração de Saúde, para que o processo de inclusão e validação das carências seja concluído.

Nº questão	Proponente	Descrição	Cumpriu CPT?	Data início CPT





NIO 0000045	Dranananta	Descrie 2	Cumuliu ODTO	Ínicia do ODT
n° questao	Proponente	Descrição	Cumpriu CPT?	Inicio da CPT
Inclusão, a proponente nos termos Sim N Tenho ciêno o conteúdo deve ser ol 162/2007, e Sim N A Declaraçã legal, que s terceiro, esspenas relativo Caso esteja nome e o te O proponen de Saúde? No caso de	Allianz Saúdo será responsada RN nº 162 ão cia de que, cado questionário rigatoriamente ditada pela Agão ão Pessoal de erá responsáve e ficará sujeito vas à falsidade em tratamento lefone do médica de responsáve em composições de responsáve em tratamento lefone do médica e responsáve em composições de responsáve em composições de responsáve em composições em compo	el pelas informações dispensou a orientação médica no preench	or fraude, hipótica ou lesão preex NS. eexistentes que cia da Apólice, conente, nos ter opponente ou se so a DPS seja lindo, mas não se opponente ou se so a DPS seja lindo, mas não se opponente ou se so a DPS seja lindo, mas não se opponente ou se so a DPS seja lindo, mas não se opponente ou se so a DPS seja lindo, mas não se opponente ou se so a DPS seja lindo, mas não se opponente ou se so a DPS seja lindo, mas não se opponente ou se so a DPS seja lindo, mas não se opponente ou se so a DPS seja lindo, mas não se opponente ou se opponente ou se opponente ou se so a DPS seja lindo, mas não se opponente ou se opponente ou se so a DPS seja lindo, mas não se opponente ou se opponente ou se so a DPS seja lindo, mas não se opponente ou se opponente ou se so a DPS seja lindo, mas não se opponente ou se opponente ou se so a DPS seja lindo, mas não se opponente ou se opponente ou se opponente ou se so a DPS seja lindo, mas não se opponente ou se oppon	possam alterar a Allianz Saúde mos da RN nº u representante preenchida por se limitando, às one aração Pessoal
Nome do me	édico			
CRM Nº		UF Assinatura do médico:		
DECLARAÇ				
omissão, in 162/07 da <i>F</i> inexatas ou	exatidão ou e NS e no artig omitir circuns	ciente das implicações legais inerentes à Lei 9656/98, berro das informações aqui prestadas de acordo com o dispos po 766 do Código Civil onde "se o Proponente, por si ou seu ratâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa gado ao prêmio vencido".	to na Resoluçã epresentante, fiz	o Normativa nº zer declarações
		ndo solicitado pela Seguradora, exames ou entrevista médica (pes ementar as informações aqui prestadas.	soalmente ou po	or telefone),
Local			Data*	/_/
Assinatura p	roponente titula	ar ou responsável legal quando menor de 18 (dezoito) anos		