

Empresa <input type="checkbox"/> FURNAS <input type="checkbox"/> REAL GRANDEZA <input type="checkbox"/> ELETRONUCLEAR <input type="checkbox"/> _____		Condição do beneficiário do PLAMES <input type="checkbox"/> Ativo / Autopatrocinado <input type="checkbox"/> Assistido <input type="checkbox"/> Vesting / Vinculado / Transitório <input type="checkbox"/> Usuário independente	
Nome do titular ou usuário independente	Matrícula/DV -	Órgão	Telefone ou ramal ( )

**PLANOS:** ☐ 1 BÁSICO ☐ 2 ESPECIAL ☐ 3 EXECUTIVO ☐ 4 EXECUTIVO PLUS

A opção pelos planos BÁSICO e ESPECIAL só é válida para os beneficiários sem direito ao Programa de Assistência à Saúde das Patrocinadoras.

Os titulares poderão incluir seus agregados em um plano inferior ao seu, porém todos os agregados deverão estar no mesmo plano.

De acordo com o Art. 22 do Regulamento Geral do PLAMES, o beneficiário do grupo C, denominado usuário independente, não poderá incluir novos dependentes, à exceção dos filhos, netos e bisnetos do titular falecido, conforme os limites regulamentares.

Relacione, abaixo, somente o(s) nome(s) do(s) dependente(s) ou agregado(s) a ser(em) incluído(s):

Item	Nome	Data de nascimento	Condição de dependência	Escreva o nº do plano
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Estando de acordo com o regulamento dos planos em vigor, solicito que seja(m) providenciada(s) a(s) inclusão(ões) em referência e autorizo a REAL GRANDEZA a processar as cobranças correspondentes.

**ATENÇÃO: Todas as movimentações efetuadas até o dia 5 (cinco) de cada mês serão processadas no mesmo mês. Após essa data, serão processadas no mês seguinte.**

Assinatura do titular ou usuário independente	Data
---	------

<b>Término das carências (as despesas serão cobertas somente após o término das respectivas carências)</b>			
Modalidade	Data	Modalidade	Data
Consulta	_____	Internação hospitalar	_____
Exames simples	_____	Parto	_____
Exames complexos	_____	CPT	_____

Reservado à REAL GRANDEZA

Decisão sobre o pedido <input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido <input type="checkbox"/> Sem alteração	Data	Assinatura
--	------	------------

Observações

## 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 do FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

### O QUE É O FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato de Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes de que saiba ser portador ou sofrendor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem 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 ESSA DOENÇA OU LESÃO.

### AO DECLARAR DOENÇA E/OU LESÃO DE QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

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 Agravado, 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 (tomografia, ressonância, endoscopia, etc. \*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses da assinatura contratual; após esse período, a cobertura passará a ser integral, de acordo com o plano contratado.
- Não haverá restrições 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 estabelecidos no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação no Formulário de Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

**AO NÃO DECLARAR DOENÇA E/OU LESÃO DE QUE O BENEFICIÁRIO SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, nesse caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão de 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 à 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 doença ou lesão 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 o formulário de 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 endereço eletrônico: [www.ans.gov.br](http://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](http://www.ans.gov.br) - **Perfil Beneficiário**.

Beneficiário**	
_____	_____/_____/_____
Local	Data
Nome: _____	
_____	
_____	
_____	
Assinatura do beneficiário (igual à do documento apresentado)	

\*\* Beneficiário se refere à pessoa que utilizará o plano de saúde. Nos casos de menor de idade e/ou incapaz, preencher os dados com nome e assinatura do responsável legal / procurador.

**Empresarial / Coletivo por adesão**

Os campos abaixo são de preenchimento obrigatório e não poderão ser rasurados

Nome de quem utilizará o plano de saúde (completo e sem abreviaturas)		Telefone / Celular para contato (      )
Matrícula	Área/órgão	

**Preencha a informação do campo 1, e em seguida marque com um “x” as demais opções.**

**Escolha “SIM” caso esteja ciente de que é portador de tal condição e especifique. Caso contrário, assinale “NÃO”.**

1. Informe seu peso atual kg (quilos)	Informe sua altura m (metros) Exemplos: altura acima de 1 metro: 1,65 altura abaixo de 1 metro: 0,55	
kg	m	
2. É portador(a) de alguma doença do sangue, como anemias adquiridas (carencial, hemolítica e aplásmatica) ou anemias hereditárias (talassemia e falciforme) ou outra?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
3. É portador(a) de algum distúrbio do sono, como apneia do sono, ronco, em caso de menor de idade, ou outro?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
4. É portador(a) de alguma doença das articulações, como artrose, tendinite ou outra? Em que parte do corpo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
5. É portador(a) de alguma doença dos rins, como calculose, insuficiência renal ou outra, tem rim transplantado ou necessidade de transplante?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
6. É portador(a) de alguma doença dos olhos, como miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia, catarata, estrabismo, glaucoma, lesão de córnea, pterígio, ou tem necessidade de transplante de córnea?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
7. É portador(a) de alguma colagenose, como lúpus, esclerodermia, polidermatomiosite, artrite reumatoide, vasculites ou outras?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
8. É portador(a) de diabetes mellitus? Especificar o tipo.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
9. É portador(a) de alguma doença da boca ou das glândulas salivares, maxilares, hipertrofia de adenoide ou amígdalas, ou outra?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
10. É portador(a) de alguma doença da coluna (cervical, dorsal, lombossacra, coccígea)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
11. É portador(a) de alguma doença das artérias (carótida, aorta, femoral)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
12. É portador(a) de alguma doença do coração (reumática, valvular, isquêmica, infecciosa, muscular, congênita, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
13. É portador(a) de alguma doença do aparelho digestivo, com cirrose hepática, hepatite, calculose de vesícula, pancreatite, enterite, colite, gastrite, úlcera, hemorroida, esofagite, diverticulose ou outra?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
14. É portador(a) de alguma doença dos ouvidos e mastoides, como surdez, otite crônica, rinite alérgica ou outra?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
15. É portador(a) de alguma doença do sistema nervoso, como doença de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, sequela de AVC, tumores, paralisia, meningite ou outras?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
16. É portador(a) de alguma doença da próstata (para os homens), das mamas ou endometriose (para as mulheres), de doenças dos órgãos genitais, de incontinência urinária ou outra?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
17. É portador(a) de alguma doença dos ossos, como osteoporose, sequela de fraturas ou outra?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
18. É portador(a) de alguma doença dos pulmões, como doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, enfisema, tuberculose ou outra?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
19. É portador(a) de algum tipo de hérnia, como inguinal, de hiato, umbilical, incisional, epigástrica ou outra?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
20. É portador(a) de hipertensão arterial ou, no caso de gestante, de doença hipertensiva específica da gravidez?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
21. É portador(a) de alguma doença de pele, como tumores, manchas ou outras? Especificar local.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual? _____

22. É portador(a) de alguma deficiência física, como malformação congênita ou anomalias cromossômicas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
23. É portador(a) de algum tipo de câncer (neoplasia maligna)? Especificar ano do diagnóstico.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
24. É portador(a) de obesidade mórbida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
25. É portador(a) de alguma doença muscular, como miastenia grave ou outra?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
26. É portador(a) de vírus HIV (vírus da AIDS)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
27. É portador(a) de alguma doença das glândulas endócrinas, como tireoide, paratireoide, hipófise ou suprarrenal? Especificar glândula e doença.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
28. É portador(a) de alguma doença das veias, como varize, microvarize, trombose, úlcera de perna ou outra?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual? _____
29. É portador(a) de alguma doença mental?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual? _____

Marque com um X a opção escolhida quanto à orientação médica para preenchimento deste formulário de Declaração de Saúde.

Declaro que optei por:

☐ Dispensar a presença do médico orientado para auxiliar-me, por entender que não houve, de minha parte, qualquer dúvida com relação as perguntas formuladas e suas implicações.

☐ Ser orientado(a) por médico(a) de minha escolha, ciente de que as despesas com honorários serão de minha responsabilidade

☐ Ser orientado(a) por médico(a) designado(a) pela REAL GRANDEZA, sem ônus financeiro

Uso exclusivo do médico que orientou o preenchimento.

Identificação do médico (carimbo ou assinatura)

Para uso da REAL GRANDEZA (identificação de CID)


\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data

Carimbo e assinatura do médico