

FAC - FICHA DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL - PLANO COLETIVO EMPRESARIAL - PAN SMS

CONTRATO		EMPRESA				CNPJ	
INCLUSÃO		EXCLUSÃO		ALTERAÇÃO / SOLICITAÇÃO			
<input type="checkbox"/>	Titular	<input type="checkbox"/>	Titular	<input type="checkbox"/>	Nome	<input type="checkbox"/>	Estado Civil
<input type="checkbox"/>	Dependente	<input type="checkbox"/>	Dependente	<input type="checkbox"/>	Dt Nascimento	<input type="checkbox"/>	Plano
				Endereço			
				Outros: _____			
PLANOS		DATA ADMISSÃO		DATA DEMISSÃO		INSCRIÇÃO	
<input type="checkbox"/> PAN SMS - Reg. Ans 487.342/20-4		/ /		/ /			
TITULAR							
Nome do Titular (Obrigatoriamente nome completo)							
CPF Titular			Cartão Nacional do SUS (CNS)			RG	
Sexo	Estado Civil*	GP **	Data Nascimento	Idade	Telefone de Contato do Titular		
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /				
Nome da Mãe (Obrigatoriamente nome completo)						Valor R\$	
DADOS DOS DEPENDENTES - (OBRIGATÓRIO NOME COMPLETO E CPF PARA MAIORES DE 18 ANO)							
Nome do Dependente (Obrigatoriamente nome completo)							
CPF do Dependente			Cartão Nacional do SUS (CNS)			RG	
Sexo	Estado Civil*	GP **	Data Nascimento	Idade	Declaração de Nascido Vivo		
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /				
Nome da Mãe do Dependente (Obrigatoriamente nome completo)						Valor R\$	
Nome do Dependente (Obrigatoriamente nome completo)							
CPF do Dependente			Cartão Nacional do SUS (CNS)			RG	
Sexo	Estado Civil*	GP **	Data Nascimento	Idade	Declaração de Nascido Vivo		
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /				
Nome da Mãe do Dependente (Obrigatoriamente nome completo)						Valor R\$	
Nome do Dependente (Obrigatoriamente nome completo)							
CPF do Dependente			Cartão Nacional do SUS (CNS)			RG	
Sexo	Estado Civil*	GP **	Data Nascimento	Idade	Declaração de Nascido Vivo		
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /				
Nome da Mãe do Dependente (Obrigatoriamente nome completo)						Valor R\$	
Nome do Dependente (Obrigatoriamente nome completo)							
CPF do Dependente			Cartão Nacional do SUS (CNS)			RG	
Sexo	Estado Civil*	GP **	Data Nascimento	Idade	Declaração de Nascido Vivo		
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /				
Nome da Mãe do Dependente (Obrigatoriamente nome completo)						Valor R\$	
LEGENDA							
* EC - Estado Civil				* GP - Grau de Parentesco			
(1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) Viúvo(a)				(1) Cônjuge (2) Companheiro(a) (3) Filho(a) (4) Filho(a) Casado(a) (5) Pai (6) Mãe (7) Tio(a)			
(4) Separado(a) (5) Divorciado(a) (6) Outros				(8) Sogro(a) (9) Irmãos(as) (10) Genro/Nora (11) Sobrinho(a) (12) Netos(as) (13) Outros			
Loca e Data:				Assinatura do Titular / Contratante / Responsável Legal (caso o titular seja menor de 18 anos)			
				Assinatura do Corretor:			

DCS - Declaração de Condições de Saúde

Estou ciente da minha obrigação de informar nesta oportunidade, ser, eu ou algum dos meus dependentes indicados, portador(es) de doenças ou lesões Pré-existentes sob pena de imputação de fraude. Declaro ainda, que a SÃO MIGUEL SAÚDE colocou a minha disposição profissionais médicos, para auxiliar-me no preenchimento.

Declaração de Condições de Saúde dos Beneficiários

Item	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para respostas afirmativas e (N) para negativas.	Beneficiários					
		(T)itular	01	02	03	04	
01	Se do sexo feminino está grávida?						
02	Está internado? Qual hospital? E por qual doença?						
03	Possui alguma lesão ou doença atual que ainda requer tratamento? Descreva-as						
04	É obeso? (informe o peso e a altura do titular e seus dependentes)		Titular	Dependente 01	Dependente 02	Dependente 03	Dependente 04
			Peso				
			Altura				
05	Tem indicação cirúrgica para miopia / hipermetropia?						
06	Sofre(u) de doenças infecto-contagiosas (AIDS, hepatite, chagas, tuberculose, meningite ou outras)? Especifique.						
07	Sofre(u) de doenças respiratórias (asma, alergia, bronquite, enfisema, pneumonia ou outras)? Especifique.						
08	Sofre(u) de problemas ortopédicos ou articulares (artrose, cifose, fraturas, hérnias de disco, osteoporose) ou outro distúrbio ósseo ou de membros? Especifique.						
09	Sofre(u) de doenças neurológicas (derrame cerebral, dor de cabeça contínua, epilepsia, cefaleia ou outras)? Especifique.						
10	Sofre(u) de doenças do metabolismo e endócrinas (diabetes, tiróide, obesidade ou outras)? Especifique.						
11	Sofre(u) de câncer (tumorção ou leucemia)? Especifique.						
12	Sofre(u) de hérnia de qualquer natureza? Especifique.						
13	Sofre(u) de doenças cardíacas (infarto, arritmia, dor no peito), cardiovasculares (varizes) ou hipertensão arterial? Especifique.						
14	Sofre(u) de doenças do aparelho urinário (rins, bexiga, próstata, uretra, infecções urinárias, cálculo renal ou outros)? Especifique.						
15	Sofre(u) de algum distúrbio psiquiátrico ou psicológico? Especifique.						
16	Sofre(u) de doenças ginecológicas (cisto de ovário, endometriose, mioma, incontinência urinária, tumor de mama, sangramentos persistentes ou outras)? Especifique						
17	Sofre(u) de algum distúrbio reumatológico (reumatismo, artrite ou outros)? Especifique.						
18	Sofre(u) de seqüelas de acidentes, moléstia adquirida ou congênita? Especifique.						
19	Sofre(u) de doenças do aparelho digestivo (cirrose, cálculo na vesícula, diverticulite, gastrite, úlcera ou outras)? Especifique.						
20	Tem indicação de submeter-se a alguma intervenção cirúrgica ou acompanhamento clínico? Especifique.						
21	Tem qualquer deficiência visual (astigmatismo, catarata, glaucoma, hipermetropia, miopia ou outras)? Especifique.						
22	Sofre(u) tratamento de quimioterapia ou radioterapia?						
23	Sofre(u) de doenças ou lesões na cabeça, nos ouvidos, no nariz e na garganta (amigdalites, desvio de septo nasal, diminuição da audição, sinusite, mastóide, otite, labirintite, renite, adenoides ou outras)? Especifique.						
24	Sofre(u) de alguma doença não relacionada acima que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de exame ou tratamento? Especifique.						
25	Tem alguma doença de genética ou anomalia (Síndrome de Down, Anemia falciforme, Autismo e outras)? Especifique						
26	Sofre(u) alguma cirurgia ortopédica? Especifique						

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos acima, especificar o item relacionado ao usuário, motivo e data do evento.

Item	Beneficiário	Data do Evento	Descrição da doença e/ou Ocorrência

Identificação do Médico Orientador na Entrevista Qualificada

Contratação com entrevista médica qualificada

Nome Dr(a): _____ Carimbro/Assinatura/Data: _____

Contratação **sem** entrevista médica qualificada, tendo o usuário dispensado a mesma por ter entendido todas as questões respondidas acima e ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE POR TAIS RESPOSTAS

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE CPT

Declaro estar ciente de que em casos de lesões e doenças pré-existentes relacionadas neste documento, bem como suas complicações, haverá cobertura parcial temporária a partir da data da vigência do Instrumento de Assistência à Saúde e/ou Adesão ao plano pelo prazo de 24 meses na mesma forma da legislação vigente.

Declaração do Proponente

Declaro, para todos os efeitos legais, ter conhecimento que as informações registradas nesta Declaração de Condições de Saúde são parte integrante do contrato do Plano de Assistência à Saúde SÃO MIGUEL SAÚDE; que as mesmas foram prestadas livre e espontaneamente, sendo verdadeiras e completas, pelas quais assumo total responsabilidade, seja no que diz respeito ao meu estado de saúde, dos meus beneficiários dependentes que represento neste Contrato.

Loca e Data: _____ de _____ de _____	Assinatura do Titular / Contratante / Responsável Legal (caso o titular seja menor de 18 anos) Assinatura do Corretor: _____
--------------------------------------	---

DCS - Declaração de Condições de Saúde

Estou ciente da minha obrigação de informar nesta oportunidade, ser, eu ou algum dos meus dependentes indicados, portador(es) de doenças ou lesões Pré-existentes sob pena de imputação de fraude. Declaro ainda, que a SÃO MIGUEL SAÚDE colocou a minha disposição profissionais médicos, para auxiliar-me no preenchimento.

Declaração de Condições de Saúde dos Beneficiários

Item	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para respostas afirmativas e (N) para negativas.	Beneficiários					
		(T)itular	01	02	03	04	
01	Se do sexo feminino está grávida?						
02	Está internado? Qual hospital? E por qual doença?						
03	Possui alguma lesão ou doença atual que ainda requer tratamento? Descreva-as						
04	É obeso? (informe o peso e a altura do titular e seus dependentes)		Titular	Dependente 01	Dependente 02	Dependente 03	Dependente 04
			Peso				
			Altura				
05	Tem indicação cirúrgica para miopia / hipermetropia?						
06	Sofre(u) de doenças infecto-contagiosas (AIDS, hepatite, chagas, tuberculose, meningite ou outras)? Especifique.						
07	Sofre(u) de doenças respiratórias (asma, alergia, bronquite, enfisema, pneumonia ou outras)? Especifique.						
08	Sofre(u) de problemas ortopédicos ou articulares (artrose, cifose, fraturas, hérnias de disco, osteoporose) ou outro distúrbio ósseo ou de membros? Especifique.						
09	Sofre(u) de doenças neurológicas (derrame cerebral, dor de cabeça contínua, epilepsia, cefaleia ou outras)? Especifique.						
10	Sofre(u) de doenças do metabolismo e endócrinas (diabetes, tiróide, obesidade ou outras)? Especifique.						
11	Sofre(u) de câncer (tumorção ou leucemia)? Especifique.						
12	Sofre(u) de hérnia de qualquer natureza? Especifique.						
13	Sofre(u) de doenças cardíacas (infarto, arritmia, dor no peito), cardiovasculares (varizes) ou hipertensão arterial? Especifique.						
14	Sofre(u) de doenças do aparelho urinário (rins, bexiga, próstata, uretra, infecções urinárias, cálculo renal ou outros)? Especifique.						
15	Sofre(u) de algum distúrbio psiquiátrico ou psicológico? Especifique.						
16	Sofre(u) de doenças ginecológicas (cisto de ovário, endometriose, mioma, incontinência urinária, tumor de mama, sangramentos persistentes ou outras)? Especifique						
17	Sofre(u) de algum distúrbio reumatológico (reumatismo, artrite ou outros)? Especifique.						
18	Sofre(u) de seqüelas de acidentes, moléstia adquirida ou congênita? Especifique.						
19	Sofre(u) de doenças do aparelho digestivo (cirrose, cálculo na vesícula, diverticulite, gastrite, úlcera ou outras)? Especifique.						
20	Tem indicação de submeter-se a alguma intervenção cirúrgica ou acompanhamento clínico? Especifique.						
21	Tem qualquer deficiência visual (astigmatismo, catarata, glaucoma, hipermetropia, miopia ou outras)? Especifique.						
22	Sofre(u) tratamento de quimioterapia ou radioterapia?						
23	Sofre(u) de doenças ou lesões na cabeça, nos ouvidos, no nariz e na garganta (amigdalites, desvio de septo nasal, diminuição da audição, sinusite, mastóideite, otite, labirintite, renite, adenoides ou outras)? Especifique.						
24	Sofre(u) de alguma doença não relacionada acima que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de exame ou tratamento? Especifique.						
25	Tem alguma doença de genética ou anomalia (Síndrome de Down, Anemia falciforme, Autismo e outras)? Especifique						
26	Sofre(u) alguma cirurgia ortopédica? Especifique						

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos acima, especificar o item relacionado ao usuário, motivo e data do evento.

Item	Beneficiário	Data do Evento	Descrição da doença e/ou Ocorrência

Identificação do Médico Orientador na Entrevista Qualificada

Contratação com entrevista médica qualificada

Nome Dr(a): _____ Carimbro/Assinatura/Data: _____

Contratação **sem** entrevista médica qualificada, tendo o usuário dispensado a mesma por ter entendido todas as questões respondidas acima e ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE POR TAIS RESPOSTAS

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE CPT

Declaro estar ciente de que em casos de lesões e doenças pré-existentes relacionadas neste documento, bem como suas complicações, haverá cobertura parcial temporária a partir da data da vigência do Instrumento de Assistência à Saúde e/ou Adesão ao plano pelo prazo de 24 meses na mesma forma da legislação vigente.

Declaração do Proponente

Declaro, para todos os efeitos legais, ter conhecimento que as informações registradas nesta Declaração de Condições de Saúde são parte integrante do contrato do Plano de Assistência à Saúde SÃO MIGUEL SAÚDE; que as mesmas foram prestadas livre e espontaneamente, sendo verdadeiras e completas, pelas quais assumo total responsabilidade, seja no que diz respeito ao meu estado de saúde, dos meus beneficiários dependentes que represento neste Contrato.

Loca e Data: _____, _____ de _____ de _____	Assinatura do Titular / Contratante / Responsável Legal (caso o titular seja menor de 18 anos) Assinatura do Corretor:
--	---