

01-00000001

**INTENÇÃO DE COMPRA
PLANO DE SAÚDE - HOSPITALAR
(ISENTO DE TAXA DE ADESÃO)**

ANS - nº 30.214-7

NOME DO PROPONENTE (NÃO ABREVIAR)

NASCIMENTO

RG

ORG.EMIS./U.F CPF

PIS

SEXO ESTADO CIVIL

PROFISSÃO / ATIVIDADE

TELEFONE

ENDEREÇO RESIDENCIAL

CELULAR

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

NOME DA MÃE (NÃO ABREVIAR)

NOME DO RESPONSÁVEL (NÃO ABREVIAR)

GRAU DE PARENTESCO

RG

ORG.EMIS./U.F CPF

TELEFONE

E-MAIL

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

APÓS OS ESCLARECIMENTOS A RESPEITO DE CADA UM DOS PLANOS DE SAÚDE ABAIXO, ME INTERESSEI POR:

 PREVENT SENIOR SAFIRA (REFERENCIAL - ANS 444.210/03-5)

 PREVENT SENIOR 500 ENFERMARIA (ANS 475.129/15-9)

 PREVENT SENIOR 500 APARTAMENTO (ANS 475.128/15-1)

 PREVENT SENIOR MASTER ENFERMARIA (ANS 479.528/17-8)

 PREVENT SENIOR MASTER APARTAMENTO (ANS 479.527/17-0)

 REDUÇÃO DE CARÊNCIA (ASSINALE SOMENTE EM CASO DE SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA)

NO PRAZO DE ATÉ 20 DIAS, CONTADOS DA ASSINATURA DA PRESENTE INTENÇÃO, A OPERADORA PROCEDERÁ À ANÁLISE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS.

PROTOCOLO DE ENTREGA ___/___/___

NOME DO CORRETOR (A)

NR

SUSEP

**APÓS A ANÁLISE DOS DOCUMENTOS, O PAGAMENTO DEVERÁ SER EFETUADO DIRETAMENTE À
OPERADORA NO ATO DA ASSINATURA DO CONTRATO.**

**INTENÇÃO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE HOSPITALAR
(ISENTO DE TAXA DE ADESÃO)**

	DEVE SER PREENCHIDA PELO PROPONENTE OU RESPONSÁVEL, SEM RASURAS		“Sim ou Não”
01	Sofre ou sofreu de problemas de veias ou artérias, como varizes, aneurismas, etc?	01	
02	Sofre ou sofreu de problemas do coração e/ou pressão alta, angina, infarto, válvula, etc?	02	
03	Sofre ou sofreu de problemas de glândulas como tireoide, diabetes, etc?	03	
04	Sofre ou sofreu de problemas gástricos, como gastrite, úlcera, vesícula, problemas no fígado e pâncreas, esofagite, etc?	04	
05	Sofre ou sofreu de problemas de hérnias de qualquer tipo?	05	
06	Sofre ou sofreu de problemas de intestino, como úlcera duodenal, hemorroida, constipação, colite, diarreia, etc?	06	
07	Sofre ou sofreu de problemas renais e/ou urinários, como cálculos, bexiga, uretra, próstata, dificuldade para urinar, etc?	07	
08	Sofre ou sofreu de problemas neurológicos e/ou psiquiátricos, como AVC (derrame), epilepsia, convulsão, Parkinson, Alzheimer, tontura, esquecimento, dependência química (álcool ou drogas), etc?	08	
09	Sofre ou sofreu de problemas de ouvidos, nariz e garganta, como labirintite, diminuição da audição, roncoss, etc?	09	
10	Sofre ou sofreu de problemas pulmonares e/ou respiratórios, como asma, bronquite, enfisema, tuberculose, etc?	10	
11	Sofre ou sofreu de problemas ortopédicos, como artrose, artrite, osteoporose, hérnia de disco, fratura, etc?	11	
12	Sofre ou sofreu de problemas ginecológicos e/ou mastológicos, como miomas, cistos de ovário, nódulos de mama, incontinência urinária, etc?	12	
13	Sofre ou sofreu de problemas de câncer, tumor de qualquer natureza, leucemia ou anemia?	13	
14	Sofre ou sofreu de hepatite ou Aids?	14	
15	Sofre ou sofreu de insuficiência renal e/ou foi submetido a diálise?	15	
16	Já sofreu alguma internação clínica e/ou intervenção cirúrgica ou tem alguma cirurgia indicada?	16	
17	Sofre ou sofreu doenças oftalmológicas, como redução da visão, catarata ou glaucoma?	17	
18	Proponente em período gestacional?	18	
19	Proponente acamado?	19	
20	Proponente faz uso de <i>Home Care</i> ?	20	

Utilize as linhas abaixo para informar sobre outras doenças do seu conhecimento e/ou para especificar o problema cuja resposta à pergunta acima foi afirmativa (informe datas, tratamento, sinais e tudo o mais que julgar ser importante para avaliação médica).
