

Proposta Contratual nº \_\_\_\_\_

Empresa Contratante \_\_\_\_\_

Empresa Contratante (continuação) \_\_\_\_\_ CNPJ da Empresa Contratante \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Plano(s) Atual(is)	Tempo no(s) Plano(s)
Médico:	

Histórico		
Obs.: Para os casos marcados com SIM, favor informar CID's ao lado, e encaminhar relatório médico.		
Possui beneficiários em Internação Hospitalar?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Possui beneficiários em Internação Domiciliar?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Possui beneficiários afastados?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Possui beneficiários em tratamento de alta complexidade?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Possui gestantes?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Possui aposentados e demitidos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Todos os Titulares com registro no FGTS?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Grupo de Adesão?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Informar CIDs dos 15 maiores custos dos últimos 12 meses:		

A **CONTRATANTE** declara, por intermédio de seu representante legal, sob às penas da Lei, que as informações aqui prestadas constituem a expressão da verdade, assumindo a **CONTRATANTE** inteira responsabilidade pela veracidade e exatidão dos dados aqui informados.

A **CONTRATANTE** está ciente ainda, que a Declaração de Informações de Saúde acima é parte integrante da Proposta Contratual e que a **CONTRATADA** poderá extinguir o vínculo contratual caso as informações fornecidas sejam caracterizadas como incorretas ou inverídicas, hipóteses essas reconhecidas como violação direta ao princípio da boa fé-objetiva.

Por fim, declara que tem ciência de que o presente documento não substitui os termos constantes da Proposta Contratual firmada entre **CONTRATADA** e **CONTRATANTE** e, por conseguinte, não constitui marco inicial para vigência do contrato, tampouco para início da cobertura assistencial contratada.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal da CONTRATANTE