

| |
|------------------------|
| Proposta Contratual nº |
|------------------------|

| |
|---------------------|
| Empresa Contratante |
|---------------------|

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| Empresa Contratante (continuação) | CNPJ da Empresa Contratante / - |
|-----------------------------------|---------------------------------|

| Plano(s) Atual(is) | Tempo no(s) Plano(s) |
|--------------------|----------------------|
| Médico: | |
| Odontológico: | |

| 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**