

**ORÇAMENTO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO  
DE ASSISTENCIA MÉDICA/OU ODONTOLÓGIA  
INDIVIDUAL/FAMILIAR**

**ORÇAMENTO Nº**

**DADOS DO INTERESSADO: BENEFICIÁRIO TITULAR**

**RESPONSÁVEL FINANCEIRO**

Nome				CPF	
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	RG		
Nome da Mãe				Aproveitamento de carência <input type="checkbox"/>	
Endereço			Nº/Complemento		
Bairro	CEP	Ponto de Referência		Cidade	UF
Fone 1	Fone 2		E-mail		
Código do Plano AM	No. ANS AM	Acomodação <input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Enfermaria		Valor AM	
Código do Plano AO	No. ANS AO	Código de Cadastro:		Valor AO	

**DADOS DO(S) DEPENDENTES(S) DO INTERESSADO**

<b>Dependente 1</b>				Data de Nascimento	
Nome da Mãe				Parentesco	
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Aproveitamento de carência <input type="checkbox"/>	Estado Civil	Certidão de Nascimento	No. Nascido Vivo	Acomodação <input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Enfermaria
RG		Código do Plano AM		No. ANS AM	Valor ANS
CPF		Código do Plano AO		No. ANS AO	Valor AO

<b>Dependente 2</b>				Data de Nascimento	
Nome da Mãe				Parentesco	
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Aproveitamento de carência <input type="checkbox"/>	Estado Civil	Certidão de Nascimento	No. Nascido Vivo	Acomodação <input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Enfermaria
RG		Código do Plano AM		No. ANS AM	Valor ANS
CPF		Código do Plano AO		No. ANS AO	Valor AO

<b>Dependente 3</b>				Data de Nascimento	
Nome da Mãe				Parentesco	
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Aproveitamento de carência <input type="checkbox"/>	Estado Civil	Certidão de Nascimento	No. Nascido Vivo	Acomodação <input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Enfermaria
RG		Código do Plano AM		No. ANS AM	Valor ANS
CPF		Código do Plano AO		No. ANS AO	Valor AO

Valor total dos planos: \_\_\_\_\_ Taxa de Adesão: \_\_\_\_\_

Valor total do desconto do grupo familiar: \_\_\_\_\_ Valor líquido: \_\_\_\_\_

**CONDIÇÕES DE SAÚDE DO INTERESSADO  
E/OU DE SEU(S) DEPENDENTE(S)**

**ORÇAMENTO Nº**

ITENS	TITULAR	1º DEP.	2º DEP.	3º DEP.
01. Aparelho digestivo: úlcera, gastrite, vesícula, intestino, cirrose e outras				
02. Ortopédicas: osteoporose, hérnia de disco, deformidade óssea e outras				
03. Neurológicas: convulsões, enxaquecas, Parkinson, paralisia e outras				
04. Vasculares: derrame, aneurisma, úlcera varicosa, varizes e outras				
05. Cardiológicas: hipertensão arterial, infarto, angina, insuficiência cardíaca e outras				
06. Endocrinológicas: diabetes, tireoides, ovário, obesidade e outras				
07. Hematológicas (sangue): leucemia, anemia, hemofilia, linfoma e outras				
08. Gêrito-urinárias: varicocele, doença nos rins e pedra, próstata e outras				
09. Otorrinolaringológicas: rinite, sinusite, amígdalas, audição e outras				
10. Pulmonares: crônicas, enfisema, tuberculose, asma, bronquite e outras				
11. Ginecológicas e Mamárias: cistos, mioma, displasia, nódulos e outras				
12. Câncer ou tumor: qualquer tipo.				
13. Oftalmológicas: cataratas, glaucoma, miopia, estrabismo, pterígio e outras				
14. Proctológicas: fissuras, hemorroidas, pólipos, prolapso retal e outras				
15. Congênitas: cardíacas, neurológica, ortopédicas, deformidades e outras				
16. Infectocontagiosas: AIDS, hepatite, sífilis, herpes, hanseníase e outras				
17. Psiquiátricas: esquizofrenia, neurose, depressão, psicose, demência e outras				
18. Reumatológicas: artrite, gota, artrose, reumatismo, lúpus e outras				
19. Cirúrgicas: hérnias, ortopédicas, fistulas, cicatrizes, partos e outras				
20. Dermatológicas: cistos, sinais e outras				
21. Outras Doenças citadas acima.				
22. Altura.				
23. Peso.				

Se a resposta a algum item acima for SIM para qualquer um dos proponentes, responder especificando o item, o código e o nome do(s) beneficiário(s) proponentes(s), no quadro complementar abaixo, com seus devidos esclarecimentos.

ITENS	CÓDIGO	NOME DO BENEFICIÁRIO	ESCLARECIMENTO

Estou ciente de que os dados por mim fornecidos forem devidamente preenchidos e que tenho ciência de que as informações aqui prestadas serão validadas de acordo com os documentos previstos no processo de contratação on-line.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Representante Comercial ou Vendedor

\_\_\_\_\_  
Interessado (a)