



ANS-Nº31526-5

## PARANÁ ASSISTÊNCIA MÉDICA – PAM SAÚDE

Av., Carlos Correa Borges Nº 1130 – Jd. Guaporé – Maringá – PR – CEP: 87060-215,  
Rua Nereu Ramos Nº 2591 – Jd. Claudete – Cascavel – PR – CEP: 85811-340

### DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PARA PROPOSTAS EMPRESARIAIS

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

CNPJ Empresa: \_\_\_\_\_

Possui **Mais** de **Um CNPJ** no Grupo?  Sim  Não

Quantos: \_\_\_\_\_

Filial em Outras Cidades?  Sim  Não

Qual (is): \_\_\_\_\_

Possui Plano Atualmente?  Sim  Não

Qual (is): \_\_\_\_\_

Contratação **Compulsória** ou **Opcional**? \_\_\_\_\_

Subsidio pela Empresa:

Funcionário: \_\_\_\_\_ % Dependente: \_\_\_\_\_ %

Último Reajuste: \_\_\_\_\_

**Mês** \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ %

**O que te faria Mudar de Operadora?** \_\_\_\_\_

Nessa negociação estão cotando com outra operadora?  Sim  Não

Qual (is): \_\_\_\_\_

#### Perfil Etário: (Preencher a planilha abaixo ou anexar relação apenas com a idade ou data de nascimento)

DADOS				
IDADE	FUNCIONÁRIOS		DEPENDENTES	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher
00 a 18 anos				
19 a 23 anos				
24 a 28 anos				
29 a 33 anos				
34 a 38 anos				
39 a 43 anos				
44 a 48 anos				
49 a 53 anos				
54 a 58 anos				
Acima de 59 anos				



ANS-Nº31526-5

## PARANÁ ASSISTÊNCIA MÉDICA – PAM SAÚDE

Av., Carlos Correa Borges Nº 1130 – Jd. Guaporé – Maringá – PR – CEP: 87060-215,  
Rua Nereu Ramos Nº 2591 – Jd. Claudete – Cascavel – PR – CEP: 85811-340

### DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PARA PROPOSTAS EMPRESARIAIS

- Possui beneficiários em internamento hospitalar  Sim  Não Quantos \_\_\_\_\_
- Possui beneficiários em internação domiciliar  Sim  Não Quantos \_\_\_\_\_
- Possui beneficiários afastados  Sim  Não Quantos \_\_\_\_\_
- Possui beneficiários em tratamento de alta complexidade  Sim  Não Quantos \_\_\_\_\_
- Possui gestantes  Sim  Não Quantos \_\_\_\_\_
- Possui demitidos e aposentados  Sim  Não Quantos \_\_\_\_\_
- Todos os titulares com registro no FGTS  Sim  Não Quantos \_\_\_\_\_

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.

É responsável pela veracidade e exatidão de todas as informações prestadas e tem consciência de que a omissão ou a inexatidão de tais informações que possam, inclusive, ter influenciado no cálculo da contraprestação pecuniária e poderá implicar na rescisão do contrato, dentre outras consequências.

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura Contratante

\_\_\_\_\_  
Assinatura Corretor