

**TODOS OS DOCUMENTOS ABAIXO SÃO OBRIGATÓRIOS E ESSENCIAIS PARA
ATENDERMOS ÀS EXIGÊNCIAS DO ESOCIAL**

*Todos os documentos deverão ser apresentados na data e horário especificados na portaria de nomeação e todos os documentos **deverão ser entregues na respectiva ordem**, como segue:*

1. Preenchimento COMPLETO da Ficha Cadastral com letra de forma (legível e sem rasuras);
2. Ato de Análise de Acumulo de Cargos, devidamente preenchido e assinado mesmo quando não tiver outro cargo, emprego ou função pública. E, caso o candidato tenha outro cargo, emprego ou função pública, a declaração do outro órgão constando carga horária, dias e horários de trabalho;
3. Requerimento de Auxílio Transporte devidamente preenchido e assinado, mesmo para os casos de não opção;
4. Termo de Opção de Convênio Médico devidamente preenchido e assinado, mesmo em caso de não opção. No caso de opção, o servidor deverá preencher e assinar também a Declaração de Saúde e **anexar todos os documentos relacionados no referido formulário**;
5. Atestado de Antecedentes Criminais – expedido pelo endereço eletrônico www.ssp.sp.gov.br - (não serão aceitos protocolos expedidos pela Delegacia ou atestados emitidos por outros endereços eletrônicos que não o da Secretaria de Segurança Pública);
6. Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) - original;
7. Comprovante de residência atual no nome do candidato – cópia e original;
8. CNH categoria A e B definitiva – original e cópia;
9. Cópia da Declaração de Imposto de Renda do ano em exercício (**completa**) ou preenchimento de declaração de bens e valores;
10. Outros documentos que o RH necessite no momento da entrega.



FICHA CADASTRAL (Preencher com letra de forma)

Ficha Básica

Nome Completo (sem abreviaturas)

RF nº

Cargo:

Classificação no Concurso Público:

Nº

POSSUI OUTRO CONTRATO (TRABALHANDO) NA PREFEITURA DE MAUÁ () NÃO () SIM RF Nº

Sexo () M / () F	Estado Civil	Grau Instrução	Data Nascimento / /	Nacionalidade () Brasileira / () Estrangeira
CTPS nº	Série	UF	Data Expedição	CPF nº
PIS/PASEP nº	Data Expedição	Raça/Cor	Deficiente Físico () Sim () Não	Deficiência

Ficha Complementar

Endereço:

Nº	Complemento	Bairro			
Cidade	CEP	Telefone Fixo	Celular		
Cidade/Estado/País de Nascimento	Nº Cédula de Identidade	Org. Expedidor	UF	Data Expedição	
Cartão SUS nº	Email particular:				
Tipo de Certidão Civil: () Certidão de Nascimento () Certidão de Casamento					
Matrícula da Certidão Civil nº	Cartório	Data de Emissão da Certidão			
Registro nº	Livro nº	Folha nº	Cidade/Estado Certidão Civil		
Passaporte nº	Órgão Emissor	Estado	Data de Emissão	Data de Validade	
Nº Título de Eleitor	Zona	Seção	Certificado de Reservista nº	Categoria	
Nº Habilitação	Categoria	Expedição	Validade	1ª Habilitação	
Conselho Profissional	Registro no Conselho	E-mail particular			
Registro de Identidade Civil RIC nº	Data Expedição	Órgão Emissor	Estado Emissor	Cidade de Emissão	Vencimento do RIC
Se estrangeiro naturalizado:					
Cédula de Identidade Nº	Org. Expedidor	UF	Data Expedição	Cartão SUS Nº	



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E MODERNIZAÇÃO
GERÊNCIA DE GESTÃO DE DESENVOLVIMENTO EM RH
DIVISÃO DE SELEÇÃO DE DESEMPENHO E QUALIDADE FUNCIONAL

Ficha Familiar					
Nome Pai		Data Nascimento	Estado Civil	Grau Instrução	Dependente IR () Sim / () Não
Cidade de Nascimento	Estado	País	Carteira de Identidade		
Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição	CTPS Estado
Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº	
Filiação:					
Nome Mãe		Data Nascimento	Estado Civil	Grau Instrução	Dependente IR () Sim / () Não
Cidade de Nascimento	Estado	País	Carteira de Identidade		
Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição	CTPS Estado
Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº	
Filiação:					
Nome Cônjuge		Data Nascimento	Estado Civil	Grau Instrução	Dependente IR () Sim / () Não
Cidade de Nascimento	Estado	País	Carteira de Identidade		
Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição	CTPS Estado
Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº	
Filiação:					
Nome Filho		Data Nascimento	Sexo () M / () F	Estado Civil	
Local Nascimento	Cartório	Livro	Folha nº	Nº Registro	
Carteira de Identidade RG nº	Data Expedição	Estado Emissor	Órgão Emissor	Grau de Instrução	
Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição	CTPS Estado
Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº	
Nome Filho		Data Nascimento	Sexo () M / () F	Estado Civil	
Local Nascimento	Cartório	Livro	Folha nº	Nº Registro	
Carteira de Identidade RG nº	Data Expedição	Estado Emissor	Órgão Emissor	Grau de Instrução	
Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição	CTPS Estado
Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº	
Nome Filho		Data Nascimento	Sexo () M / () F	Estado Civil	
Local Nascimento	Cartório	Livro	Folha nº	Nº Registro	
Carteira de Identidade RG nº	Data Expedição	Estado Emissor	Órgão Emissor	Grau de Instrução	
Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição	CTPS Estado
Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº	



Nome Filho			Data Nascimento	Sexo () M / () F	Estado Civil
Local Nascimento		Cartório	Livro	Folha nº	Nº Registro
Carteira de Identidade RG nº		Data Expedição	Estado Emissor	Órgão Emissor	Grau de Instrução
Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição	CTPS Estado
Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº	
Nome Filho			Data Nascimento	Sexo () M / () F	Estado Civil
Local Nascimento		Cartório	Livro	Folha nº	Nº Registro
Carteira de Identidade RG nº		Data Expedição	Estado Emissor	Órgão Emissor	Grau de Instrução
Cartão Nacional de Saúde	CPF	CTPS nº	CTPS Série	CTPS Expedição	CTPS Estado
Pis/Pasep	Titulo de Eleitor	Certidão de Óbito nº	Data do Óbito	Matrícula nº	

FORMAÇÃO ACADÊMICA

CURSOS DE FORMAÇÃO

Curso	Instituição	Nível	Conclusão	Situação
Curso	Instituição	Nível	Conclusão	Situação
Curso	Instituição	Nível	Conclusão	Situação
Curso	Instituição	Nível	Conclusão	Situação

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO

Curso	Instituição	Carga Horária	Conclusão	Situação
Curso	Instituição	Carga Horária	Conclusão	Situação
Curso	Instituição	Carga Horária	Conclusão	Situação
Curso	Instituição	Carga Horária	Conclusão	Situação

HISTÓRICO PROFISSIONAL

EMPREGOS ANTERIORES: (Relacionar todos os empregos anteriores, incluindo vínculos públicos)

1. Empresa:	Admissão	Demissão
2. Empresa:	Admissão	Demissão
3. Empresa:	Admissão	Demissão
4. Empresa:	Admissão	Demissão
5. Empresa:	Admissão	Demissão

Assinatura do servidor



ATO DE ANÁLISE DE ACÚMULO DE CARGO

DECRETO Nº 6.465, DE 27 DE AGOSTO DE 2003

DADOS DO SERVIDOR

Nome _____
Registro Funcional _____ Telefone para contato _____
Estatutário Efetivo Estatutário Temporário CLT Estável CLT Não Estável Frente de Trabalho
Secretaria _____
Local de Trabalho _____
Cargo ou Emprego _____
Data do Exercício ____ / ____ / ____ Carga Horária Semanal _____

Em atendimento ao disposto no Artigo 21, § 8º, da Lei Complementar nº 01, de 08 de março de 2002, e artigo 17 do Decreto Municipal nº 6.465, de 27/08/03

DECLARO:

Exercer outro cargo, emprego ou função pública de:

conforme declaração e/ou atestado em anexo, constando o local de trabalho, endereço e o horário de trabalho;
sendo que utilizarei _____ como meio de transporte, gastando no percurso _____ minutos.

Não Exercer outro cargo, emprego ou função pública.

Exerceu outro cargo, emprego ou função pública. Entregar documento comprobatório da rescisão ou exoneração de cargo ou emprego, no prazo máximo de 15 dias.

Declaro estar ciente de que, em caso de alteração da situação ora declarada, devo requerer expedição de novo "Ato de Análise de Acúmulo de Cargo", onde juntarei declaração de horário do outro local de trabalho, conforme Anexo I, modelo 2 do Decreto nº 6.465, de 27/08/03.

Declaro, ainda, não estar em gozo de licença por auxílio doença ou aposentado por invalidez.

Mauá, ____ / ____ / _____
Assinatura

PARECER DO ÓRGÃO CENTRAL DE RECURSOS HUMANOS

Considerando o disposto no Artigo 16, § 4º, do Decreto nº 6.465 de 27/08/03 e Artigo 14 da Lei Municipal 4.135 de 02/02/2007 e à vista dos documentos apresentados, delibero pela:

Legalidade do acúmulo do cargo, emprego ou função pública declarados, devendo ainda ser observado para o ato da nomeação os intervalos mínimos entre os locais de trabalho, em conformidade com o disposto no § 3º do Decreto nº 6.465 de 27/08/03 e alterações.

Negado o requerimento de acúmulo de cargo, emprego, ou função pública, por não atender às exigências previstas legalmente.

Pela nomeação do candidato habilitado tendo em vista não acumular outro cargo, emprego ou função pública.

Pela alteração de Jornada.

Pela alteração de Horário de Trabalho.

Pela Atribuição de Carga Suplementar de Trabalho Docente - ACSTD.

Pela Atribuição Anual de Classes/Aulas tendo em vista não acumular outro cargo, emprego ou função pública.

Mauá, ____ / ____ / _____
Assinatura



REQUERIMENTO - AUXÍLIO TRANSPORTE

TIPO DE REQUERIMENTO

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO NÃO OPÇÃO

AUXÍLIO TRANSPORTE

- O Auxílio Transporte constitui benefício que será concedido pela Administração a seus Servidores, para utilização efetiva em despesas de deslocamento da residência ao trabalho e vice-versa, utilizado no sistema de transporte coletivo público urbano ou interurbano, com características semelhantes aos urbanos, excluídos os meios de transporte seletivos, especiais e rodoviários;
- O Auxílio Transporte será custeado pelo Servidor até o limite de 3% (três por cento) do salário base/vencimento, e pela municipalidade, no que exceder a parcela cabida ao Servidor;
- Cabe ao servidor apurar se há vantagem e optar pelo recebimento ou não deste benefício, pois o desconto será sempre de 3% (três por cento) sobre o salário base/vencimento, ainda que os valores recebidos a título de Auxílio Transporte pelo Servidor sejam inferiores a este;
- A utilização indevida do Auxílio Transporte caracteriza falta grave, sujeitando o Servidor às penalidades previstas na Lei;
- O Auxílio Transporte será devido por dia de efetivo trabalho, no limite de 50 (cinquenta) deslocamentos mensais;
- A ocorrência de faltas, licenças ou afastamentos de qualquer natureza, implicam no desconto da respectiva quantidade de dias no mês subsequente.

DADOS DO SERVIDOR

NOME DO SERVIDOR	REGISTRO FUNCIONAL
CARGO	CARGA HORÁRIA SEMANAL
LOCAL DE TRABALHO	
SECRETARIA	TEL. LOCAL DE TRABALHO

ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA / AV.	Nº
BAIRRO	
MUNICÍPIO	TEL. RESIDENCIAL TEL. CELULAR

VALES TRANSPORTE UTILIZADOS

	(*1) Cód. TRANSP.	QTD. DIA	EMPRESA	LINHA Nº	VALOR UNITÁRIO	(*2) Cód. DADP.
1						
2						
3						
4						
5						
6						

(*1) LEGENDA DOS CÓDIGOS DE TRANSPORTE:

OS = ÔNIBUS SIMPLES	TS 3C = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (CARAPICUÍBA)
OM = ÔNIBUS / METRÔ	TS 3BJI = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (BARUERI / JANDIRA / ITAPEVI)
EMTU = TRÔLEIBUS	TS 3 O = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (OSASCO)
MT = METRÔ	TS 3 SP = TREM SUBÚRBIO CPTM + ÔNIBUS (CAPITAL)
MO = METRÔ / ÔNIBUS	OI = ÔNIBUS INTERMUNICIPAL
TS 2 = TREM SUBÚRBIO CPTM	

(*2) CÓDIGO DADP (PREENCHIDO NO DADP).

TERMO DE COMPROMISSO / AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO

- Para fazer uso do sistema de Auxílio Transporte, declaro que resido no endereço acima descrito, com a respectiva apresentação do comprovante de endereço, conforme disposto no artigo 4º, parágrafo único do Decreto 6894/06.
- Comprometo-me a atualizar as informações supra, anualmente ou sempre que ocorrerem alterações, e a utilizar o Auxílio Transporte que me for concedido exclusivamente quando da utilização do sistema de transporte coletivo no percurso residência-trabalho e vice-versa.
- Estou ciente de que, na hipótese de infringir tal compromisso, a Prefeitura do Município de Mauá poderá dispensar-me por Justa Causa, nos termos do artigo 7º, § 3º do Decreto nº 95.247/87, ou demitir-me em razão da aplicação das penalidades cabíveis, nos termos do disposto no artigo 7º da Lei Municipal 3901 de 29/12/2005.

AUTORIZO A CGP (COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS) A DESCONTAR MENSALMENTE DE MEUS VENCIMENTOS, ATÉ O LIMITE DE 3% (TRÊS POR CENTO) DO MEU SALÁRIO, O VALOR DESTINADO A COBRIR O PAGAMENTO DO AUXÍLIO TRANSPORTE POR MIM UTILIZADO.

Mauá, _____ de _____ de _____ Servidor (Assinatura)

MANIFESTAÇÃO DA CGP

De acordo com o Art. 3º da LM 3901/2005 c/c Art. 2º do Decreto 6894/06, **CONCEDO** o benefício.

___ / ___ / _____

Depto. de Adm. e Desenvolvimento de Pessoal (Assinatura)

Cadastro do Benefício

___ / ___ / _____

Responsável pelo Cadastro (Assinatura)

INDEFERIMENTO

À

Indefiro conforme justificativa abaixo. Cientificar o Servidor.

Multiple horizontal lines for justification text.

Em ___ / ___ / _____

Depto. de Adm. e Desenvolvimento de Pessoal (Assinatura)



FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES PARA SERVIDORES

**FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES PARA SERVIDORES
DISPENSADOS DA APRESENTAÇÃO DA DECLARAÇÃO ANUAL DE IMPOSTO DE
RENDA PESSOA FÍSICA À RECEITA FEDERAL DO BRASIL**

Eu, _____, registro funcional nº _____, agente público municipal, ciente dos termos da Lei Federal nº 8.429, de 2 de junho de 1992, declaro que estou dispensado de apresentar a Declaração Anual de Imposto de Renda Pessoa Física à Receita Federal do Brasil, bem como que:

não possuo bens e valores;

apresento a Declaração de Bens e Valores que compõem o meu patrimônio, conforme segue:.

Itens	Discriminação	Valor

Mauá, ___ de _____ de _____
Assinatura do Agente Público

Recebi em ___/___/___

Carimbo/Nome/Assinatura/RF
Chefia de Recursos Humanos



CONVÊNIO MÉDICO – TERMO DE OPÇÃO

DADOS DO SERVIDOR

NOME DO SERVIDOR				REGISTRO FUNCIONAL
CPF	DATA DE NASCIMENTO	TEL RESIDENCIAL	TEL CELULAR	SECRETARIA
LOCAL DE TRABALHO				TEL. LOCAL DE TRABALHO

TIPO DE REQUERIMENTO

OPÇÃO PELO CONVÊNIO MÉDICO NÃO OPÇÃO PELO CONVÊNIO MÉDICO

EMPRESA CONTRATADA

Santo André Planos de Assistência Médica LTDA (MEDICAL HEALTH)

TIPO DE PLANO

FAMILIAR BÁSICO: R\$ 168,00 FAMILIAR SUPERIOR: R\$ 546,47

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- DO TITULAR = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF; 01 Cópia do Comprovante de Residência e 01 Cópia do cartão do SUS.
- DO CÔNJUGE = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF; 01 Cópia da Certidão de Casamento e 01 Cópia do cartão do SUS.
- DE FILHO(A) MENOR DE 21 (VINTE E UM) ANOS = 01 Cópia da Certidão de Nascimento; Se MAIOR DE 18 ANOS: 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF e 01 Cópia do cartão do SUS.
- DE FILHO(A) MAIOR QUE 21 ANOS QUE ESTEJA CURSANDO FACULDADE E DESEJE UTILIZAR O CONVÊNIO MÉDICO ATÉ COMPLETAR 23 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS = 01 Cópia da Certidão de Nascimento; 01 Cópia do Comprovante de Matrícula na Faculdade e 01 Cópia do Comprovante de Pagamento da Mensalidade Atual e 01 Cópia do cartão do SUS.
- DE COMPANHEIRO(A), QUANDO POSSUÍREM FILHOS EM COMUM = 01 Cópia do RG deste Companheiro(a); 01 Cópia do CPF e 01 Cópia do cartão do SUS.
- DE COMPANHEIRO(A), QUANDO NÃO POSSUÍREM FILHOS EM COMUM = 01 Cópia do RG; 01 Cópia da CPF e 01 Cópia de Escritura Pública de Convivência, solicitada em Cartório, comprovada convivência mínima de 2 anos e 01 Cópia do cartão do SUS.

DEPENDENTES (1)

1	NOME DO DEPENDENTE			DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO	
	NOME DA MÃE			
2	NOME DO DEPENDENTE			DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO	
	NOME DA MÃE			
3	NOME DO DEPENDENTE			DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO	
	NOME DA MÃE			
4	NOME DO DEPENDENTE			DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO	
	NOME DA MÃE			

(1) Cônjuge ou Companheiro; Filhos menores de 21 anos; Filhos até 24 anos, cursando nível superior;

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro estar ciente:

- No ato da admissão, o Servidor tem prazo de **30 dias**, para opção da adesão na Categoria de Assistência Médica e o **mesmo prazo**, a partir da data que o dependente adquirir o direito ao uso do Convênio Médico para inclui-lo(s), caso contrário, deverá **cumprir os prazos de carência** estipulados em contrato e preencher a Declaração de Saúde.
- Será descontado mensalmente, de meus vencimentos, o valor correspondente à mensalidade da Categoria de Assistência Médica escolhida, de acordo com a opção acima assinalada.
- Em caso de **Faltas Injustificadas**, com mais de 20 dias consecutivos, será suspenso o uso do Convênio Médico.
- Que ao requerer **quaisquer licenças concedidas com prejuízo de vencimentos** terá sua opção pelo uso do Convênio Médico **excluída** e nova inclusão estará sujeita ao cumprimento de carências estipulados em contrato.

Mauá, ____ de _____ de _____
Servidor (Assinatura)

PARA USO DO DADP

Deliberamos pela:

Concessão do Benefício.
 Não Concessão. Motivo: _____

Obs.: _____

Responsável _____ Registro func. _____ Data ____ / ____ / _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nome do beneficiário titular: _____
 Contrato: _____

Entrevista qualificada:

Faça a opção dentre uma das condições:

1. Declaro que me foram oferecidas as opções 2 e 3 abaixo e que, tendo conhecimento de todos os itens deste instrumento optei por não fazer a Entrevista Qualificada (EQ) com o auxílio de Médico Orientador, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas na Declaração de Saúde (DS); **OU**
2. Declaro que optei pelo preenchimento da Declaração de Saúde (DS) com o auxílio do Médico Orientador indicado pela MEDICAL HEALTH, sem ônus financeiro para mim, para a realização da Entrevista Qualificada (EQ) e a orientação para o preenchimento da minha Declaração de Saúde (DS) e de meus dependentes; **OU**
3. Declaro que optei pelo preenchimento da Declaração de Saúde (DS) com o auxílio do Médico Orientador de minha livre escolha e confiança, não indicado pela MEDICAL HEALTH, para auxiliar-me, estando ciente de que assumirei integralmente o ônus financeiro desta minha opção, sem direito a nenhuma espécie de reembolso.

O preenchimento do formulário deverá ser feito pelo Proponente de próprio punho, sem rasuras, independente do auxílio do médico orientador.

Em caso de resposta afirmativa, especifique no Quadro Descritivo, utilizando S (sim) ou N (não).

Item	Sabe ser portador de:	Titular	Dependentes				
			1	2	3	4	5
201	Doenças do aparelho cardiocirculatório (pressão alta, angina, infarto, derrames, arritmias, entre outras)? Especificar.						
202	Doenças das veias ou artérias (varizes, trombozes, hemorroidas, aneurisma, entre outras)? Especificar.						
203	Doenças endócrinas ou metabólicas (diabetes, tireóide, obesidade mórbida, entre outras)? Especificar.						
204	Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfizema, entre outras)? Especificar.						
205	Doenças do aparelho digestivo (esôfago, estômago, fígado, vesícula biliar, pâncreas, intestinos, entre outras)? Especificar.						
206	Hérnias (hiato, inguinal, umbilical, entre outras)? Especificar.						
207	Doenças renais ou da bexiga (cálculos, infecções urinárias, nefrites, insuficiência renal, entre outras)? Especificar.						
208	Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, testículos, pênis)? Especificar.						
209	Doenças ginecológicas e das mamas (períneo, HPV, nódulo de mama, cisto de ovário, mioma, endometriose, entre outras)? Especificar.						

Item	Sabe ser portador de:	Titular	Dependentes				
			1	2	3	4	5
210	AIDS ou é portador do vírus HIV? Especificar.						
211	Doenças do sangue (anemias, leucemias, hemofilia, linfomas, entre outras)? Especificar.						
212	Doenças ou tumorações malignas (câncer) ou benignas? Especificar.						
213	Doenças reumáticas ou colagenosas (artrites, febre reumática, lúpus, entre outras)? Especificar.						
214	Doenças neurológicas (epilepsia, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, esclerose múltipla, entre outras)? Especificar.						
215	Doenças da pele (psoríase, dermatites, entre outras)? Especificar.						
216	Doenças infectocontagiosas (hepatite, tuberculose, entre outras)? Especificar.						
217	Problemas ortopédicos (artrose, hérnia de disco, fraturas, entre outras)? Especificar o local do corpo.						
218	Doenças ou malformações congênitas ou hereditárias? Especificar.						
219	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, catarata, catarata, glaucoma, problemas ou alterações de retina, entre outras)? Especificar.						
220	Doenças dos ouvidos, nariz ou garganta (diminuição da audição, pólipos, tumores, desvio de septo, problemas de adenóide, entre outras)? Especificar.						
221	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outras)? Especificar.						
222	Realiza diálise ou hemodiálise? Especificar.						
223	Realiza quimioterapia, braquiterapia ou radioterapia? Especificar.						
224	Possui marcapasso ou outra prótese interna (pinos, placas, parafusos, entre outros)? Especificar.						
225	Transtorno de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, entre outras)? Especificar.						
226	Sofre de alguma doença não mencionada acima?						
227	Alguma internação/cirurgia?						

Quadro de Peso e Altura

Titular	Dependentes				
	1	2	3	4	5
Peso (kg)					
Altura (m)					

Caso um ou mais participantes apresentem uma ou mais das situações assinaladas positivamente (com "S" - sim), especifique as considerações que julgar pertinentes no quadro descritivo abaixo.

Quadro descritivo

Item	Cód. Titular/ Dependente	Descrição	Uso Medical CID-10

DECLARO, AINDA, QUE:

4. Declaro estar ciente de que a omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente (DLP), minha ou de meus dependentes, no momento da contratação, da qual tenha conhecimento, desde que comprovado, poderá gerar processo administrativo previsto no art. 15 e incisos, da RN 162/2007.
5. Declaro estar ciente de que, de acordo com o artigo 766 do Código Civil Brasileiro vigente e art. 10, inciso IV, da RN 162/2007, se forem constatados dados inverídicos, falsos ou incompletos na Declaração de Saúde (DS) ficarei sujeito, além do processo administrativo constante do item 4, retro, ao ressarcimento das despesas médicas realizadas.
6. Declaro ter conhecimento de que o presente instrumento refere-se ao Plano Coletivo, contratado junto à MEDICAL HEALTH, por meio da proposta nº _____.
7. Declaro, para todos os efeitos legais, que li e entendi este documento, que preenchi de próprio punho todas as informações nele constantes e que não omiti informações de saúde, relativas a mim e meu(s) dependente(s), tendo prestado dados verdadeiros e completos de forma espontânea.

Proponente/Beneficiário Titular:

_____ / _____ / _____
Local / Data

Nome: _____

Assinatura: _____

Médico Orientador (somente para a opção 2 ou 3 da Entrevista Qualificada):

Declaro que prestel as orientações necessárias para o Proponente/Beneficiário Titular preencher de próprio punho esta Declaração.

_____ CRM e assinatura sob carimbo do médico