

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE (informações complementares)

Quadro de Peso e Altura	DEPENDENTES				
	TITULAR	DEP(1)	DEP(2)	DEP(3)	DEP(4)
Peso (kg)					
Altura (m)					
IMC					
Até 18,5 - abaixo do peso					
De 18,5 a 24,9 - peso normal					
De 25,0 a 29,9 - sobrepeso					
De 30,0 a 34,9 - obesidade grau I					
De 35,0 a 39,9 - obesidade grau II					
40,0 ou mais - obesidade grau III					

O IMC – Índice de Massa Corporal – é calculado pela seguinte fórmula: peso dividido pela (altura x altura). Exemplo: peso = 80 kg; altura = 1,71 m: dá IMC = 27,35. PESSOAS COM IMC IGUAL OU MAIOR DO QUE 30 DEVEM LIGAR PARA A AMIL E AGENDAR UMA ENTREVISTA QUALIFICADA.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{altura} \times \text{altura}}$$

Ex.: peso: 80 kg; altura: 1,71 m x 1,71 m  $\frac{80 \text{ kg}}{1,71 \text{ m} \times 1,71 \text{ m}} = 27,35$

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE – ENTREVISTA QUALIFICADA

1. Declaro que fui orientado por médico credenciado da Amil no preenchimento da Declaração de Saúde acima.

2. Declaro que fui orientado por médico particular de minha confiança no preenchimento da Declaração de Saúde acima.

3. Declaro que me foram oferecidas as opções 1 e 2 acima especificadas e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, deixei de fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta declaração.

Assinatura do proponente/responsável

Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM

## TERMO DE RESPONSABILIDADE E DECLARAÇÕES ESPECÍFICAS

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas nesta proposta, inclusive as que estão impressas, que coincidem com as da cópia carbonada em meu poder. Declaro ter ciência dos termos do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe sobre a perda de direitos e responsabilidade por omissão de circunstâncias ou declarações inexatas que possam influir na aceitação desta proposta.

Declaro também:

1. Que recebi o Orientador Médico do plano por mim escolhido.
2. Que recebi e tenho conhecimento do inteiro teor das Condições Gerais dos Planos da Amil, expressas no contrato Amil que contém o plano por mim escolhido.
3. Que nestas Condições Gerais estão descritas todas as características que regem o Plano de Saúde por mim escolhido e os Aditivos opcionais relacionados na Solicitação de Adesão.
4. Que nestas Condições Gerais estão descritas todas as situações específicas definidas em acordo com o que determina a Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, e todas as disposições que a regulamentaram, em especial no que diz respeito a exclusões de cobertura, carências, condições de pagamento e reajustes, além de variações de preços por faixas etárias.
5. Que a Amil poderá utilizar todos os meios de prova em direito admitidos para elucidar eventos médico-hospitalares relacionados aos beneficiários desta Solicitação de Adesão, pelo que autorizo os prestadores de serviços a fornecer as informações necessárias ao médico indicado pela Amil.

Local e data: \_\_\_\_\_ Assinatura do proponente/responsável: \_\_\_\_\_