

## REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DEPENDENTE

Eu \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, venho por meio deste solicitar a inclusão do(a) beneficiário(a) dependente da SIM - Caixa de Assistência à Saúde por meio do **PLANO NOVO SIM SAÚDE**, registrado na ANS sob nº 484.323/19-1, conforme segue:

### DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A):

Nome do(a) Beneficiário(a) Dependente *(por extenso)*

CPF nº	Data de Nascimento	Estado Civil	Parentesco	Sexo (M/F)
<input type="text"/>				

Documento Identidade	Órgão Expedidor	Data Expedição	Nacionalidade
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Naturalidade <i>(Cidade e Estado que nasceu)</i>	Nº Cartão Nacional de Saúde (CNS) <sup>1</sup>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### FILIAÇÃO:

Nome do Pai *(por extenso)*

Nome da Mãe *(por extenso)*

### Endereço:

Endereço Residencial	Número
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Complemento	Bairro	Município	Estado	CEP
<input type="text"/>				

### Telefone/E-mail:

Telefone Residencial com DDD	Celular com DDD	Telefone Comercial
( ) <input type="text"/>	( ) <input type="text"/>	( ) <input type="text"/>

E-mail Pessoal	E-mail Comercial (ou segunda opção de e-mail)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Beneficiário(a) Titular

\_\_\_\_\_  
Assinatura Beneficiário(a) Dependente

<sup>1</sup> É obrigatório o fornecimento do Cartão Nacional de Saúde (CNS) para os atendimentos pelo SUS desde 01/03/2012 e pelos planos de saúde desde 05/06/2012, conforme deliberação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)



## AVISO DE PRIVACIDADE SOBRE O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

A SIM - Caixa de Assistência à Saúde, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018 - LGPD), informa que os dados pessoais fornecidos neste formulário serão tratados para a inscrição e administração do plano de saúde.

O tratamento desses dados tem como base legal:

- 1. CUMPRIMENTO DE OBRIGAÇÃO REGULATÓRIA** (art. 7º, II da LGPD), conforme exigido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e demais órgãos;
- 2. A EXECUÇÃO DO CONTRATO** (art. 7º, V da LGPD), necessário para a prestação dos serviços do plano;
- 3. PROTEÇÃO DA VIDA OU DA INCOLUMIDADE FÍSICA DO TITULAR OU DE TERCEIROS** (art. 7º, VII da LGPD), especialmente em casos de emergências médicas ou atendimento hospitalar.

Esses dados serão utilizados para:

Cadastro e manutenção do contrato de assistência à saúde;  
Processamento de solicitações e autorizações de serviços médicos;  
Cumprimento de obrigações regulatórias perante órgãos competentes;  
Atendimento de emergências, garantindo a segurança e a proteção da saúde do beneficiário.

Os dados poderão ser compartilhados com prestadores de serviços médicos e órgãos reguladores, quando necessário, sempre respeitando normas de segurança e privacidade.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Beneficiário(a) Titular

\_\_\_\_\_  
Assinatura Beneficiário(a) Dependente



## PERGUNTAS LIGADAS AO DEPENDENTE

### Tipo de dependência

( ) Cônjuge ( ) Companheiro(a) ( ) Filho(a) ou menor sob guarda ( ) Enteado(a)

### Estado Cível

( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) União Estável ( ) Divorciado(a) ( ) Separado(a) Judicialmente

Está empregado ( ) SIM ( ) NÃO

Possui Estabelecimento Civil ou Comercial, com economia própria ( ) SIM ( ) NÃO

### No caso de filho(a) responda:

É emancipado(a) ( ) SIM ( ) NÃO Frequentando curso superior ( ) SIM ( ) NÃO

É capaz ( ) SIM ( ) NÃO É inválido(a) ( ) SIM ( ) NÃO Está sobre tutela ou curatela ( ) SIM ( ) NÃO

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Beneficiário(a) Titular

\_\_\_\_\_  
Assinatura Beneficiário(a) Dependente

## DECLARAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

Declaro que recebi as informações referentes às condições da inscrição oferecidas pelo Plano Novo SIM Saúde e que tenho interesse.

Na oportunidade autorizo a SIM - Caixa de Assistência à Saúde e meu empregador a descontar mensalmente de minha remuneração, ou a debitar, mensalmente na minha conta corrente do Banco do Brasil nº \_\_\_\_\_, Agência nº \_\_\_\_\_, a importância equivalente ao valor da mensalidade e coparticipação referente ao Plano Novo SIM Saúde de meu dependente. Estando ciente que sobre os valores pagos com atraso incidirão juros e multas previstas no regulamento do Plano, onde poderá acarretar na exclusão minha e de meus dependentes bem como inclusão nos serviços de proteção ao crédito.

\_\_\_\_\_  
Assinatura Beneficiário(a) Titular

## PARA USO EXCLUSIVO DA SIM – CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Documentos em anexos estão OK: SIM [ ] NÃO [ ] Aprovado: SIM [ ] NÃO [ ]

Verificado por: \_\_\_\_\_



## DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Eu beneficiário(a) titular \_\_\_\_\_, da SIM – Caixa de Assistência à Saúde, inscrito(a) no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, declaro que, antes da assinatura deste documento de adesão de meu dependente, me foi disponibilizado o Manual de Orientação para contratação de Planos de Saúde – MPS. Declaro ainda que por minha opção, terei acesso ao Guia de Leitura Contratual (GLC) e dentre outros informativos sobre o **Plano Novo SIM Saúde** por meio do site da SIM - Caixa de Assistência à Saúde [www.simplanodesaude.com.br](http://www.simplanodesaude.com.br)

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Beneficiário(a) Titular

\_\_\_\_\_  
Assinatura Beneficiário(a) Dependente



## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Plano Novo SIM Saúde – Registro ANS sob nº 484.323/19-1

### DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A) DEPENDENTE

Nome do(a) Beneficiário(a) Dependente *(por extenso)*

Data de Nascimento          Altura          Grau de Parentesco          Sexo (M/F)

--	--	--	--

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, que são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento de acordo com o artigo 20 do Regulamento do Plano Novo SIM Saúde, e em conformidade com o art. 11 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na RN 162/2007, e posteriores atualizações;

A omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o(a) sr(a) saiba ser portador(a), no momento do preenchimento desta declaração, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o(a) sr(a) será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que receber comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão pré-existente não declarada.

No preenchimento desta declaração, o(a) senhor(a) tem as alternativas de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, caso este em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade, ou optar pela dispensa da presença do médico:

- ( ) Desejo ser orientado(a) por Médico (a) de minha escolha, Dr(a) \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_
- ( ) Desejo ser orientado(a) por Médico (a) designado pela SIM – Caixa de Assistência à Saúde.
- ( ) Dispensar a presença do Médico(a) orientador para me auxiliar, por entender que não há, de minha parte, qualquer dúvida com relação as perguntas formuladas e suas implicações.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Beneficiário(a) Titular

\_\_\_\_\_  
Assinatura Beneficiário(a) Dependente

**PERGUNTAS**

1. É portador(a) de diabetes e/ou câncer?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:
2. É portador(a) de doenças endócrinas ou metabólicas (tireóide, obesidade mórbida, entre outras)?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:
3. É portador(a) alguma doença ortopédica, como osteoporose, artrose, tendinite, hérnias (disco, hiato, umbilical, inguinal, etc) e fraturas, dentre outras?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:
4. É portador(a) de alguma doença neurológica, mal de Parkison, Alzheimer, epilepsia, paralisia cerebral, AVC, esclerose múltipla, ou outra?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:
5. É portador(a) de doenças renais ou de bexiga (cálculos, infecção dos rins, nefrites, entre outras)?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:
6. É portador(a) de doenças reumáticas ou colagenoses (artrite, febre reumática, lúpus, entre outras)?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:
7. É portador(a) de doenças profissionais ou ocupacionais (LER)?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:
8. É portador(a) de doenças das veias ou artérias (varizes, trombose, hemorroidas, aneurisma, entre outras)?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:
9. Realiza ou realizou diálise ou hemodiálise, quimioterapia, branquiteiraia ou radioterapia?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:
10. É portador(a) de doenças órgãos genitais masculinos (próstata, testículos, pênis) ou Doenças ginecológicas e das mamas (períneo, nódulo de mama, cisto de ovário, mioma, endometriose, entre outras)?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Beneficiário(a) Titular

\_\_\_\_\_  
Assinatura Beneficiário(a) Dependente

11. É portador(a) doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, entre outras)?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:
12. É portador(a) infectocontagiosas (hepatite, tuberculose, HIV, entre outras)?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:
13. É portador(a) de doença cardíaca, circulatória ou hipertensão arterial?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:
14. É portador(a) de doença renais ou de bexiga (cálculos, infecção dos rins, nefrites, entre outras)?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:
15. É portador(a) de doença pulmonar (como Tuberculose, enfisema, asma, etc), ou doença digestiva (como gastrite, úlcera, etc), doença da vesícula biliar?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:
16. É portador(a) de alguma doença dos olhos, como catarata, estrabismo, glaucoma, miopia, hipermetropia, astigmatismo, ceratocone, presbiopia, ou alterações de retina, entre outras?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:
17. Foi submetido(a) a alguma internação cirúrgica?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:
18. Possui doença ou má formações congênicas ou hereditárias?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:
19. Possui tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado ou indicado para os próximos meses?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:
20. Possui doença dos ouvidos, nariz ou garganta (diminuição da audição, pólipos, tumores, desvio de septo, entre outras)?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:
21. Possui marca-passo ou outra prótese interna (pinos, placas, parafusos, entre outras)?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:
22. É portador(a) de alguma doença não relacionada nas perguntas desta declaração?	SIM ( )	NÃO ( )	Especificar:

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Beneficiário(a) Titular

\_\_\_\_\_  
Assinatura Beneficiário(a) Dependente



Nos casos de preenchimento da declaração com acompanhamento médico, anexar a avaliação clínica assinada pelo médico.

Declaro para os devidos fins que as informações prestadas na Declaração de Saúde, relativas a mim, foram espontaneamente feitas de próprio punho, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade por elas. Estou ciente que a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das coberturas, poderá ser considerado como comportamento fraudulento, poderá implicar na exclusão unilateral do Plano Novo SIM Saúde, além de estar obrigado a arcar com os custos dos atendimentos obtidos em relação a cirurgia, uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, ligada a DLP. Comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, a enviar à SIM as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde, resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-a, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

Declaro que recebi uma via da respectiva declaração de saúde e que tenho ciência de que poderei ser convocado para realização de qualquer exame ou perícia, após a avaliação da Declaração de Saúde ou Entrevista Qualificada.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura Beneficiário(a) Titular**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura Beneficiário(a) Dependente**

## **CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO**

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula a atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

### **O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?**

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

### **AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, etc.)\* **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

**AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

**ATENÇÃO!** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

\* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico:  
**www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

Nome do(a) Beneficiário(a) Dependente: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Beneficiário(a) Titular

\_\_\_\_\_  
Assinatura Beneficiário(a) Dependente

## INFORMAÇÕES GERAIS:

### 01. DOCUMENTOS DE ORIENTAÇÃO E OUTROS

O Regulamento do Plano, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, Tabela de Reembolso, Guia da Rede de Cobertura, dentre outros informativos sobre o Plano Novo SIM Saúde se encontram no sítio da SIM - Caixa de Assistência à Saúde ([www.simplanodesaude.com.br](http://www.simplanodesaude.com.br))

### 02. QUEM PODE SER INSCRITO COMO DEPENDENTE NO PLANO NOVO SIM SAÚDE

- Cônjuge;
- Companheiro, desde que comprove união estável, como entidade familiar na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- Filhos e Enteados, de qualquer condição, desde que solteiros, não emancipados e menores de 21 (vinte e um) anos e os de idade inferior a 24 (vinte e quatro) anos que estejam frequentando curso superior, em estabelecimento de ensino oficial ou reconhecido;
- Filhos inválidos, enquanto perdurar a invalidez, não emancipados e que não exerçam atividade remunerada;
- Menor sob guarda ou tutela, com documento judicial comprobatório da respectiva condição, renovável, obrigatoriamente, a cada 02 (dois) anos;

### 03. VALORES DE CONTRIBUIÇÃO MENSAL

#### CONTRIBUIÇÃO (INDIVIDUAL) BENEFICIÁRIOS TITULARES ATIVOS E SEUS DEPENDENTES

Faixas Etárias	VALOR (R\$)
00 a 18 anos de idade	R\$ 146,32
19 a 23 anos de idade	R\$ 168,31
24 a 28 anos de idade	R\$ 199,89
29 a 33 anos de idade	R\$ 251,95
34 a 38 anos de idade	R\$ 275,73
39 a 43 anos de idade	R\$ 298,63
44 a 48 anos de idade	R\$ 323,45
49 a 53 anos de idade	R\$ 423,79
54 a 58 anos de idade	R\$ 491,55
59 anos e acima	R\$ 649,93

#### CONTRIBUIÇÃO (INDIVIDUAL) BENEFICIÁRIOS TITULARES VINCULADOS OU INATIVOS (APOSENTADOS/MANTENEDORES/PENSIONISTAS) E SEUS DEPENDENTES

Faixas Etárias	VALOR (R\$)
00 a 18 anos de idade	R\$ 319,09
19 a 23 anos de idade	R\$ 367,05
24 a 28 anos de idade	R\$ 435,88
29 a 33 anos de idade	R\$ 549,44
34 a 38 anos de idade	R\$ 601,23
39 a 43 anos de idade	R\$ 651,22
44 a 48 anos de idade	R\$ 705,32
49 a 53 anos de idade	R\$ 924,12
54 a 58 anos de idade	R\$ 1.071,90
59 anos e acima	R\$ 1.417,25

Quando da INSCRIÇÃO de cada Beneficiário TITULAR ou dependente no PLANO será cobrado **R\$ 36,49** (trinta e seis reais e quarenta e nove centavos) a título de “Taxa de Inscrição”.

#### 04. PRAZOS DE CARÊNCIA

Consultas Médicas	<b>24 horas</b>
Procedimentos de urgência e de emergência	<b>24 horas</b>
Exames de diagnose e tratamentos ambulatoriais	<b>90 dias</b>
Para os demais casos, bem como novos procedimentos decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS	<b>180 dias</b>
Partos a termo	<b>300 dias</b>

#### 05. DOCUMENTOS DE ORIENTAÇÃO E OUTROS

Para validação da inscrição se faz necessário às cópias dos seguintes documentos:

- **Beneficiário(a) Titular:** cópia da carteira de identidade, cópia do CPF e comprovante de residência;
- **Cônjuge:** cópia da carteira de identidade, cópia do CPF e Certidão de Casamento/União Estável atualizada;
- **Filhos(as)/ Enteados(as):** Cópia da carteira de identidade, cópia do CPF e cópia do comprovante de frequência em curso superior, se for o caso
- Para filhos recém-nascidos a identidade pode ser substituída pela cópia da certidão de nascimento, sendo obrigatório informar o nº do CPF (**Observação: O CPF pode ser realizado com a Certidão de Nascimento, nos Correios, Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil ou no sítio eletrônico da Receita Federal do Brasil**).
- **Menor sob guarda ou tutela:** Adicionalmente à documentação aplicável para filhos/enteados deverá ser juntado o documento judicial comprobatório da respectiva condição, renovável, obrigatoriamente, a cada 02 (dois) anos.
- **Filhos(as) inválidos:** Adicionalmente à documentação aplicável para filhos/enteados deverá ser juntado o laudo médico atualizado que ateste a invalidez, renovável, obrigatoriamente, a cada 2 anos e, a Cópia da Carteira de Trabalho (página de identificação, do registro e a imediatamente posterior).
- **Para a análise das carências relacionadas à portabilidade, solicitamos que a carta seja entregue juntamente com a documentação necessária para inclusão no novo plano.**

Conforme previsto na Resolução Normativa nº 250 de 2011, as operadoras de planos de saúde deverão informar à ANS os números do Cartão Nacional de Saúde (CNS) de seus beneficiários, sendo que a relação de obrigatoriedade do CNS para os atendimentos pelo SUS a partir de 01/03/2012, e pelos planos de saúde desde 05/06/2012.

Para tanto solicitamos aos beneficiários que inscrevam ao plano, bem como seus dependentes, que forneça o nº do CNS (primeira página deste requerimento). O número do CNS pode ser consultado pelo link: <https://portaldocidadao.saude.gov.br/portalcidadao/verificarSePossuiCNS.htm>.

Caso nunca tenha sido atendido pelo SUS e ainda não possua nº do CNS, você pode encaminhar-se a um agente público de saúde e solicitar a emissão do Cartão Nacional de Saúde.