

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1. DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME	TIPO DE VÍNCULO <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente
------	---

Instruções Gerais

- a) No preenchimento desta declaração, o(a) Sr(a) tem a opção de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, sendo o ônus financeiro de sua responsabilidade.
- b) A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, ou seja, aquelas de que o(a) Sr(a) tenha conhecimento ou que tenha diagnóstico confirmado no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou do dependente que está representando.
- c) **Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecido a Cobertura Parcial Temporária (CPT)** - aquela que admite a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde.
- d) Agravo é definido pela ANS como qualquer acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano de saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas com a operadora. Esta operadora se reserva ao direito de não oferecer o Agravo como opção a CPT, conforme faculta o artigo 6º, parágrafo 1º da Resolução Normativa nº 162/07.
- e) A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o(a) Sr(a) saiba ser portador(a) no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Neste 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 tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada. Nenhuma cobertura poderá ser negada para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora comprove perante ANS a omissão do(a) Sr.(a) no ato do preenchimento da declaração.
- f) Todas as páginas da declaração de saúde devem ser rubricadas e o preenchimento deverá ser realizado pelo próprio beneficiário, salvo quando se tratar de menor de idade ou incapaz, devidamente comprovado.

2. ASPECTOS GERAIS

IDADE	PESO	ALTURA	IMC
-------	------	--------	-----

O Índice de Massa Corporal – IMC é calculado pela seguinte fórmula: peso (quilos) ÷ altura² (metros). Exemplo: 80 ÷ (1,71 x 1,71) = IMC 27,35.

RUBRICA DO BENEFICIÁRIO OU RESP. LEGAL

3. QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

Leia com atenção para preencher corretamente o Questionário de Saúde. Este documento é fundamental para o seu ingresso no referido plano de saúde.

Responda as questões abaixo nos informando: se possui alguma doença; há quanto tempo; a localização e se está fazendo algum tratamento:

3.1	Doenças do Sistema Respiratório (asma, bronquite, enfisema, desvio de septo, adenoide, sinusite, outras). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.2	Doenças do Sistema Cardiovascular (hipertensão arterial, doença coronariana, varizes, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, outras). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.3	Doenças do Sistema Osteomuscular (hérnia de disco, osteoporose, lesão de menisco e/ou ligamentos, bursite, artrite, artrose, gota, lúpus, tenosinovites, escoliose, lordose e outros). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.4	Doenças do Sistema Digestivo (gastrite, úlcera, colite, cirrose hepática, hepatites, pancreatite, hérnia de hiato, hérnia umbilical, hérnia inguinal, pedra na vesícula, hemorroidas, diverticulites, má oclusão, macrognatismo, prognatismo e outras). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.5	Doenças do Sistema Genito Urinário (cólica renal, insuficiência renal, doenças da próstata, infertilidade, endometriose, mioma, cisto de ovário, infecção urinária, doenças da mama e outras). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.6	Doenças do Sistema Neurológico (mal de Parkinson, doença de Alzheimer, paralisia, seqüela de derrame, apneia do sono e outras). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.7	Doenças do Sistema Endócrino (Diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, obesidade, desnutrição e outras). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.8	Doenças infecto contagiosas (AIDS/HIV, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis e outras). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.9	Doenças psiquiátricas (psicose, depressão e outras). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.10	Doenças cancerosas (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, leucemia e outras). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.11	Doenças hematológicas (anemia, hemofilia, trombocitopenia, trombofilias e outras). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

RUBRICA DO BENEFICIÁRIO OU RESP. LEGAL

3.12	Doenças de pele e alérgicas (nevus, hemangiomas, sinais, rinite, urticária, hiperidrose (excesso de suor nas mãos, axilas, rosto) e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.13	Doenças Congênitas (síndrome de down, má formações) - especifique os problemas relacionados exemplo: cardíaco, respiratório, visão, urinário e outros.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.14	Doenças do ouvido (surdez, otites, labirintite e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.15	Doenças dos olhos (hipermetropia, miopia e astigmatismo, catarata, estrabismo, glaucoma, ceratocone, retinopatia e cegueira).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Nos casos hipermetropia, miopia e astigmatismo, especificar o grau e qual doença: olho direito: _____ olho esquerdo: _____	
	ESCREVA AQUI:	
3.16	Faz uso de prótese, órtese (pinos, parafusos, placas, fios silicone e outros). A indicação foi estética?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	

Comentários e informações adicionais a respeito das questões formuladas que o beneficiário entenda importante registrar:

4. MÉDICO ORIENTADOR

Informe se o preenchimento desta declaração contou com a presença de médico orientador*: <input type="checkbox"/> Sim, médico da Unimed; <input type="checkbox"/> Sim, médico particular de minha escolha; ou <input type="checkbox"/> Não.	NOME DO MÉDICO ORIENTADOR	
	CRM	DATA ____/____/____
	ASSINATURA	

*Em caso afirmativo, o MÉDICO deverá registrar de próprio punho, que o preenchimento conta com a sua presença como médico orientador.

Declaro para todos os fins que as informações acima, por mim prestadas, são verdadeiras. Estou ciente que a CONTRATADA poderá solicitar a realização de uma perícia médica, podendo ser ou não acompanhada de exame, para auxiliar na avaliação da declaração de saúde.

DATA: ____/____/____.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU
REPRESENTANTE LEGAL (QUANDO MENOR OU
INCAPAZ)

5. PERÍCIA MÉDICA

QUADRO CLÍNICO
RESULTADO DE EXAMES
CID 10 E RELAÇÃO DOS CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS
PARECER FINAL

ASSINATURA E CARIMBO COM CRM DO MÉDICO
PERITO

DATA: ____/____/____.

Declaro para os devidos fins, que estou ciente dos resultados da perícia médica.

DATA: ____/____/____.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU
REPRESENTANTE LEGAL (QUANDO MENOR OU
INCAPAZ)

RUBRICA DO BENEFICIÁRIO OU RESP. LEGAL

6. PARECER DO MÉDICO AVALIADOR

- Não possui doença ou lesão preexistente.
- Com necessidade de perícia médica.
- Com doença ou lesão preexistente SEM necessidade de perícia médica.
- Com doença ou lesão preexistente COM necessidade de perícia médica.

CID	OBSERVAÇÕES

ASSINATURA E CARIMBO COM CRM DO MÉDICO
AVALIADOR

DATA: ____/____/____.

RUBRICA DO BENEFICIÁRIO OU RESP. LEGAL