

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Instruções Gerais:

- No preenchimento dessa declaração, o consumidor tem o direito de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou de optar por um profissional de sua livre escolha assumindo ônus financeiro desta opção.
- A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor saiba ser portador ou sofredor e das quais tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou qualquer de seus dependentes.
- Havendo declaração de doença ou lesão preexistente serão oferecidas duas opções:
 - Cobertura Parcial Temporária (CPT) - Aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data de contratação ou adesão ao plano de saúde, a suspensão da cobertura de Procedimento de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
 - Agravo - Qualquer acréscimo no valor da contraprestação 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 entre a operadora e o beneficiário.
- Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente provas junto à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. É vedada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato por omissão de doença ou lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.
- A comprovação diante da ANS de omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente que o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração acarretará a rescisão do contrato ou exclusão do usuário que foi parte do processo de omissão e a responsabilidade pelo pagamento integral das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, relacionadas com a doença ou lesão preexistente que seriam objeto de Cobertura Parcial Temporária, sem prejuízo de eventuais sanções civis e penais.
- Não haverá análise de doença ou lesão preexistente nos seguintes casos:
 - Contratos coletivos empresariais com 30 ou mais beneficiários, desde que a vinculação ocorra:
 1. Em até 30 dias de celebração do contrato; ou
 2. Em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.
 - Na migração de contrato desta Operadora, anteriores a Lei 9656/98 e em vigência há cinco anos ou mais.
- A declaração deve ser preenchida de próprio punho sem rasura e assinada pela Contratante / Responsável em seu nome e de seus dependentes legais assumindo inteira responsabilidade pelas respostas fornecidas, sob pena de imputação de fraude sujeita a suspensão ou denúncia do contrato nos termos da legislação vigente.

NOME DO TITULAR	NASCIMENTO	ALTURA	PESO	*IMC
(T)				
(D1)				
(D2)				
(D3)				
(D4)				

*IMC (Índice de Massa Corporal) é um padrão internacional de cálculo da obesidade de um indivíduo adotado pela OMS (Organização Mundial da Saúde).

O cálculo é feito da seguinte forma: Peso da pessoa (massa) em quilogramas, dividido pela altura ao quadrado da pessoa (calculada em metros).

De acordo com a OMS, os dados de referência do IMC são:

< 18,5 - Abaixo do peso

18,5-24,9 - Normal

25,0-29,9 - Excesso de peso

30,0-34,9 - Obesidade Leve (Grau I)

35,0-39,9 - Obesidade Severa (Grau II)

> 40,0 - Obesidade Mórbida (Grau III)

Rubrica beneficiário:

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

INFORMAÇÕES “S” para Sim e “N” para Não	T	D1	D2	D3	D4
1. Está fazendo algum tratamento médico?					
2. Sofre de alguma doença ocupacional? (ler, dor T, lombalgia, hérnia, artrose, pneumoconiose, outras)					
3. Está aposentado por motivo de doença?					
4. Está afastado do trabalho ou serviço por motivo de doença?					
5. Sofre alguma sequela decorrente de Acidente de Trabalho?					
6. Sofre de alguma sequela decorrente de cirurgia?					
7. Sofre de alguma doença congênita? (Síndrome de Down, má formações, outras)					
8. Sofre de alguma doença respiratória? (asma, bronquite, enfisema, desvio de septo, adenóide, sinusite, outras)					
9. Sofre de alguma doença cardiovascular? (hipertensão arterial, doença coronariana, varizes, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, outras)					
10. Sofre de alguma doença osteomuscular e tecido conjuntivo? (hérnia de disco, osteoporose, lesão de menisco e ou ligamentos, bursite, artrites, artroses, gota, lúpus, tensinovites, escoliose, lordose, outras)					
11. Sofre de alguma doença da audição? (surdez, otites, labirintite, outros)					
12. Sofre de alguma doença de visão? (catarata, miopia, estrabismo, glaucoma, hipermetropia, astigmatismo, ceratocone, retinopatia, cegueira, outras)					
13. Sofre de alguma doença do aparelho digestivo? (gastrite, úlcera, colite, cirrose hepática, hepatites, pancreatite, hérnia de hiato, hérnia umbilical, hérnia inguinal, doença vesícula biliar (ex: pedra), hemorroidas, diverticulite, outras)					
14. Sofre de alguma doença do aparelho genito-urinário? (cólica renal, insuficiência renal, doença de próstata, tumores, infertilidade, endometriose, mioma, cisto de ovário, infecção urinária, doenças da mama, outros)					
15. Sofre de alguma doença neurológica? (mal de Parkinson, doença Alzheimer, epilepsia, tumores, paralisia, sequela de derrame, outras)					
16. Sofre de alguma doença endócrina? (diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, desnutrição, obesidade (conforme IMC acima), outras)					
17. Sofre de alguma doença infecto contagiosa? (AIDS - inclusive portador de HIV, malária, tuberculose, doenças venéreas, outras)					
18. Sofre de alguma doença psiquiátrica ou dependência química? (psicose, depressão, alcoolismo, uso de drogas)					
19. Sofre de doença cancerosa? (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, outras)					
20. Sofre de doença hematológica? (anemia, leucemia, hemofilia, outras)					
21. Sofre de alguma doença de pele? (nevus, sinais, outros) ou alérgicas (rinite, urticária, outras)					
22. Sofre distúrbio do sono ou apnéia do sono?					
23. Sofre de hiperhidrose? (excesso de suor nas mãos, axilas, rosto ou outros locais)					
24. Sofre de alguma alteração de mandíbula, arcadas dentárias? (má-oclusão, macrognatismo, micrognatismo, prognatismo, retrognatismo, outros)					
25. Faz uso de prótese (s), órtese (s)? (pino, parafuso, placa, fios, silicone, outros)					
26. Sofre de alguma outra doença, não descrita nesta declaração?					
27. Foi realizado algum tipo de exame ou procedimento pela Operadora para avaliar o seu estado de saúde físico ou mental na contratação do plano de saúde?					

Rubrica beneficiário:

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Detalhe abaixo os itens respondidos como "S" - Sim:

ITEM	BENEFICIÁRIO	DATA DO EVENTO	ESCLARECIMENTO

DECLARO TER CONHECIMENTO QUE TODAS AS RESPOSTAS ASSINALADAS ACIMA COM SIM, E CUMPRIREI CARÊNCIAS DE 24 MESES.

Comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o consumidor entenda importante registrar, CASO a resposta informada seja SIM.

Espaço reservado para que o médico orientador declare que o preenchimento desta declaração contou com sua presença.

PARECER DO MÉDICO AVALIADOR:

- Sem DLP (Doença Lesão Preexistente)
- Com DLP (Doença Lesão Preexistente) necessidade de perícia médica.

Informar o CID e/ou código dos procedimentos da DLP e outras observações:

Data ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico Orientador

* O consumidor dispensou a presença do médico orientador.

Declaro para todos os fins que as informações acima prestadas são verdadeiras e autorizo o uso e verificação de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins médico-legais.

Assinatura do beneficiário ou responsável legal

Nome: _____

CPF: _____

Data: ____/____/____