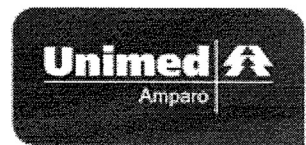


DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Titular
 Dependente
 Plano empresarial
 Plano pessoa física

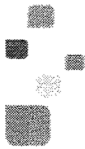
Identificação			
Beneficiário:			Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Idade:	Data de nascimento: / /	Peso: Kg	Altura:
Profissão:			

Informações importantes <small>Resolução - RN 162/2007</small>
<p>1 - O beneficiário tem o direito de ser orientado no preenchimento dessa declaração de saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou de optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção, conforme estabelecido no artigo 5º, 1º e 2º da RN 162/2007, ou ainda dispensar a orientação médica se tiver o entendimento adequado das questões.</p> <p>2 - A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de Doenças ou Lesões Pré-existentes (DPL) aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com 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;</p> <p>3 - Havendo declaração de doença ou lesão pré-existente, será oferecido a Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões pré-existentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.</p> <p>4 - É facultado à Operadora o oferecimento de Agravo como opção à CPT. O agravo é o acréscimo no valor na contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão pré-existente declarada, após os prazos de carências contratuais, o valor e condições serão negociados. PAGAMENTO DO AGRAVO NÃO ELIMINA A NECESSIDADE DE CUMPRIMENTO DAS CARÊNCIAS CONTRATUAIS, NOS PRAZOS ESTABELECIDOS PELA LEI 9.656/98.</p> <p>5 - Ao não declarar as doenças e/ou lesões que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação a Unimed poderá:</p> <p>a) - suspeitar de omissão de informação e, neste caso, comunicará imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à Agência Nacional de Saúde, denunciando a omissão da informação. ATÉ DECISÃO DA ANS, NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.</p> <p>b) - Comprovada pela ANS a omissão de informação pelo beneficiário, a Unimed, 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.</p> <p>c) Relatar a pré-existência em re-entrevista, assinando o termo.</p> <p>Para tanto, comprometo-me a responder ao questionário a seguir, utilizando as expressões: SIM ou NÃO e fornecendo os esclarecimentos necessários.</p>



Item	Questão	Resposta	
		Sim	Não
I	Sofre(u) alguma doença infecciosa ou parasitária? Tuberculose, Hepatite, AIDS, Meningite, Hanseníase, DST - Doença Sexualmente Transmissível (venérea), Malária / dengue, Doenças de Chagas e outras. <i>Se SIM, Qual(is)?</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II	Sofre(u) algum tipo de tumor ou câncer? Pulmão/aparelho respiratório, Mama - nódulo, Pele, Intestino, Próstata, Estômago, Rins, aparelho digestivo, Útero, Ovário, Sangue (leucemia), Linfoma, Tumor benigno de útero (mioma) ou outras neoplasias malignas ou benignas? <i>Se SIM, Qual(is)?</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III	Sofre(u) alguma doença do sangue como anemia, púrpura, defeito da coagulação (hemofilia), talassemia, imunodeficiência (baixa resistência do organismo)? <i>Se SIM, Qual(is)?</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV	Sofre(u) de doenças endócrinas ou das glândulas? Tireoide, Diabetes / hipoglicemia, Obesidade, Emagrecimento acentuado, Problemas de nutrição ou outros. <i>Se SIM, Qual(is)?</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V	Sofre(u) de problemas mentais, de comportamento ou transtornos psiquiátricos? Esquizofrenia, Retardo Mental, Tentativa de suicídio, Esclerose, Depressão, Dependente de álcool, Dependente químico de outras drogas, Dependente de tabaco (cigarro), Internação em Hospital Psiquiátrico ou outros. <i>Se SIM, Qual(is)?</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI	Sofre(u) de doença do sistema nervoso? Epilepsia, Convulsão, Dor crônica, Doença de Parkinson, Paralisia cerebral, Aneurisma, Problemas de fala, Mal de Alzheimer, Cefaleia / enxaqueca / dor de cabeça ou outros? <i>Se SIM, Qual(is)?</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII	Sofre(u) de doença nos olhos? Miopia, Astigmatismo, Catarata, Descolamento de retina, Glaucoma, Estrabismo, Hipermetropia, Vista cansada, uso de óculos ou outras; <i>Se SIM, Qual(is)?</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIII	Sofre(u) de doenças do ouvido? Otite (inflamação do ouvido), Perfuração do tímpano, Perda de audição, Vertigem ou outras. <i>Se SIM, Qual(is)?</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IX	Sofre(u) de doenças circulatórias e do coração? Hipertensão arterial (pressão alta), Derrame cerebral (AVC), Infarto do miocárdio, Angina, Arritmia cardíaca, Insuficiência cardíaca, Varizes, Hemorroidas, Febre reumática, Sopro cardíaco, prolapso valva, trombose ou outros. <i>Se SIM, Qual(is)?</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X	Sofre(u) de doenças do aparelho respiratório? Rinite, Sinusite, Bronquite, Asma, Amigdalite de repetição (inflamação na garganta), Pneumonia, Enfisema pulmonar, Silicose, Desvio do septo nasal, Adenoide, Apneia do sono ou outras. <i>Se SIM, Qual(is)?</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Item	Questão	Resposta	
		Sim	Não
XI	<p>Sofre(u) de doenças do aparelho digestivo? Gastrite, Úlcera, Esofagite, Hérnia, Refluxo, Colite, Diverticulite, Cirrose hepática (doença no fígado), Cálculo (pedra na vesícula), Pancreatite, Anomalias estruturais dentárias, Dentes inclusos, Anomalias na mandíbula, Má oclusão (dentária), Anormalidades dento faciais, Transtornos da articulação temporomandibular (ATM), Transtornos dos dentes e de suas estruturas de sustentação, Cistos da região oral, Doenças dos maxilares ou outras. Está em tratamento com cirurgião dentista? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM, Qual(is)? _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XII	<p>Sofre(u) de doenças da pele? Dermatite, Psoríase, Alergia, Micose, Acne (espinha), Vitiligo, Cisto, Queloide, Verrugas, Pintas, Carços, Xantelasma, Calos, feridas ou outras. Se SIM, Qual(is)? _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XIII	<p>Sofre(u) de doenças osteomusculares (dos ossos, músculos e tecido conjuntivo) ? Artrite, Artrose, Hérnia de disco, Osteoporose, Sinovite ou tenossinovite, DORT ou LER (lesão por esforço repetitivo), Bursite, Reumatismo, Osteomielite, Problemas no menisco, Deformidades da coluna, Cifose, Lordose, Escoliose, Coluna ou outras. Se SIM, Qual(is)? _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XIV	<p>Sofre(u) de doenças do aparelho urinário? Nefrite, Insuficiência renal, fez hemodiálise ou diálise peritoneal, Cálculos (pedras) nos rins, Cistite, Problemas na próstata, Inflamação do testículo, Infertilidade, Fimose, Incontinência urinária, Prolapso genital - bexiga caída, Inflamação do útero, trompa ou ovário, Transtornos menstruais/dor pélvica, Endometriose ou outras. Se SIM, Qual(is)? _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XV	<p>Sofre(u) de doenças originadas no período perinatal? Crescimento fetal retardado, Traumatismo durante o nascimento, Convulsões, Infecções - Icterícia, Prematuridade, Doença de nascença / má formação congênita ou outros. Se SIM, Qual(is)? _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XVI	<p>Sofre(u) de más-formações congênicas, deformidades e/ou anomalias? Fenda labial e palatina, Síndrome de Down, Testículo não descido, Pé torto congênito, Problema cardíaco, Hidrocefalia ou outros. Se SIM, Qual(is)? _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XVII	<p>Sofre(u) algum traumatismo, envenenamento ou alguma outra consequência de causas externas como fraturas, ferimentos, trauma de órgãos internos, queimaduras, intoxicações, sequelas ou outros. Se SIM, Qual(is)? _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Observações

Item	Questão	Resposta	
		Sim	Não
A	É acompanhado regularmente por algum médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	É portador de algum tipo de prótese, órtese, implante, enxerto ou marca-passo? Qual(is)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Tem sequelas de traumatismo, fraturas, acidentes, moléstia adquirida ou congênitas? Qual(is)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Já foi submetido a alguma cirurgia? Qual(is) e quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	Tem indicação de submeter-se a algum tipo de cirurgia? Qual(is) e quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	Tem indicação de submeter-se a algum tipo de tratamento? Qual(is) e quando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	Encontra-se cadastrado em fila de transplante como receptor? Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H	Apresentou doenças relacionadas a gestação como aborto, hipertensão na gravidez, hemorragia, diabetes na gravidez, embolia, parto prematuro, problemas de placenta. Qual(is)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	Sofre(u) consequências de causas externas de morbidade ou mortalidade como acidentes de transportes, agressões, afogamentos, choques elétricos, fogo, excesso de esforços, complicações de assistência médica cirúrgica, outros? Qual(is)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentários e informações adicionais importantes

