

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, quando o representante legal do mesmo deve assinar este documento. **Atenção**, nem sempre o representante legal é o próprio titular do plano, e aqui a assinatura do representante legal é a requerida.

2. ASPECTOS GERAIS

DATA DE NASCIMENTO	PESO (em kg)	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.

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

RUBRICA DO BENEFICIÁRIO OU RESP. LEGAL

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

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

RUBRICA DO BENEFICIÁRIO OU RESP. LEGAL

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.

Ainda, declaro ter ciência do compromisso da CONTRATADA com a proteção dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis e que a CONTRATADA realiza o tratamento de tais dados de acordo com as leis em vigor, em especial a Lei nº 13.709/2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais”), e com as disposições da Política de Privacidade disponível eletronicamente no site www.unimed.coop.br/chapeco.

Na qualidade de responsável pelo menor de idade (criança ou adolescente) ou incapaz, declaro que possuo as autorizações necessárias para realizar o preenchimento das informações listadas neste instrumento e que tenho ciência de que a CONTRATADA realizará o tratamento dos respectivos dados pessoais destes, inclusive dados pessoais sensíveis, sempre em respeito ao melhor interesse dos mesmos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, além do Estatuto da Criança e Adolescente.

DATA: ____/____/____.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

NOME: _____

CPF: _____

5. 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: ____/____/____.