



www.unimedsobral.com.br
Av. Dom José Tupinambá da Frota, 1951
CEP: 62010-290 - Centro - Sobral
T. (88) 3677-3000



DECLARAÇÃO DE SAÚDE

REFERENTE À PROPOSTA DE ADMISSÃO N.º

Esta declaração é parte integrante do contrato que ora se assina, válida para todos os usuários indicados na PROPOSTA DE ADMISSÃO. Para fins de pleno esclarecimento, seguem abaixo as seguintes definições:

1) Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são 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 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 Resolução Normativa 162 da ANS;

2) Cobertura Parcial Temporária (CPT) é 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 preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

3) Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à 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.

O beneficiário deve informar à contratada, por meio desta Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

Informações Adicionais:

a) O beneficiário tem o direito de preencher esta Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais de rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus;

b) Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

c) O Objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privada de assistência à saúde além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

REFERENTE À PROPOSTA DE ADMISSÃO N.º

01. DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Item	Responda as questões abaixo, assinando com (S) para as respostas afirmativas e (N) para negativas	Titular	1	2	Dependentes					
					3	4	5	6	7	8
	INFORME SE É PORTADOR DE:									
01	Doenças infecto-contagiosa (aids, hepatite, tuberculose, meningite, outros). Especifique.									
02	Doenças respiratórias (enfisema, asma, bronquite, pneumonia de repetição, outros). Especifique.									
03	Doenças ortopédicas (escoliose, hérnia de disco, artrose, deformidade óssea, 03 osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, fraturas de repetição) ou outro distúrbio ósseo ou de membros. Especifique.									
04	Doenças de sistema nervoso e cerebrovascular (derrame, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia ou outras).									
05	Doenças endócrinas ou metabólicas (diabetes, hipertireodismo, hipotireodismo 05 outras). Especifique.									
06	Doenças ou tumorações malignas (leucemias, mielomas, carcinomas, melanomas, linfomas, outros). Especifique.									
07	Hérnias (inguinais, umbelicais, incisional, outras). Especifique									
08	Doenças cardiocirculatórias (angina, infarto, pressão alta, arritmias, doenças congênitas, cirurgias cardíacas anteriores, outras). Especifique.									
09	Doenças de veias e artérias (varizes, aneurismas, trombose, má circulação, outras). Especifique.									
10	Doenças do aparelho urinário (cálculos, infecção nos rins, insuficiência renal, cistite, uretrite, outras). Especifique.									
11	Doenças do aparelho digestivo (cálculo de vesícula, doenças do fígado, doenças do intestino, úlcera de estômago e outras). Especifique.									
12	Doenças ginecológicas e da mama (mioma, cisto de ovário, endometriose, incontinência urinária, nódulos mamários, rotura de períneo, outras). Especifique.									
13	Doenças dos órgãos genitais masculinos (hidrocele, fimose, criptorquídia, doenças da próstata, outras).									

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

REFERENTE À PROPOSTA DE ADMISSÃO N.º

	Especifique.																		
14	Doenças do colágeno e auto-imunes (lupus eritematoso, esclerose múltipla, artrite reumatóide, outras).																		
15	Doenças do sangue ou imunológicas (anemias, púrpuras, talassemia, outras). Especifique.																		
16	Doenças do ouvido, nariz e garganta (diminuição da audição, otites, desvio de septo, sinusites, amigdalites).																		
17	Doenças otalmológicas ou alterações de refração (catarata, glaucoma, miopia, ceratocórnea, outras). Especifique.																		
18	Doenças e transtornos mentais ou psiquiátricos (depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, retardo mental, ou uso de drogas como álcool, opiáceos, maconha, cocaína, LSD, outras). Especifique.																		
19	Doenças congênicas e ou hereditárias (síndrome de Down, polidactília, outras). Especifique.																		
20	Obesidade mórbida.																		
02 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES																			
21	Sofre ou sofreu de alguma doença não relacionada acima, que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de exame ou tratamento? Especifique.																		

Indique no quadro abaixo seu peso, altura e de seus dependents

DEPENDENTES

	TITULAR	01	02	03	04	05	06	07	08
Peso (kg)									
Altura (cm)									
IM*									

*IMC = Peso / (Altura x Altura)

Atenção: Nos casos em que o IMC (Índice de Massa Corpórea) for igual ou superior a 30 (trinta), será necessário a realização de exame pré-admissional antes da inclusão do usuário no plano de saúde.



www.unimedsobral.com.br
 Av. Dom José Tupinambá da Frota, 1951
 CEP: 62010-290 - Centro - Sobral
 T. (88) 3677-3000



DECLARAÇÃO DE SAÚDE

REFERENTE À PROPOSTA DE ADMISSÃO N.º

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos, especificar o item, proponente, motivo e data do evento.

Item	Proposta	Data do Evento	Especificações

- O Preenchimento desta declaração de saúde contou com a presença de médico orientador?

Sim Não

- O beneficiário dispensou a presença do médico orientador no preenchimento desta declaração de saúde?

Sim Não

Informações Adicionais do beneficiário: _____

Declaro para os devidos fins e efeitos que as informações de saúde relativas a mim e a meus dependentes foram espontaneamente prestadas, estando ciente que nos termos da Lei N.º 9.656/98 e normas aplicáveis, que a omissão de fatos e informações sobre doenças e lesões preexistentes conhecidas e não declaradas poderá ser considerada como comportamento fraudulento, implicando na rescisão contratual e na minha responsabilização pelo pagamento das despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de cobertura parcial temporária, caso assim venha a ser comprovado junto a ANS.

Declaro para os devidos fins de direito, por mim e por meus dependentes inscritos no plano de saúde, que a Operadora me ofereceu Cobertura Parcial Temporária - CPT (v. item 2 das DEFINIÇÕES) para as doenças ou lesões preexistentes indicadas na Declaração de Saúde, pelo que aceito e me obrigo, por mim e por meus dependentes inscritos no plano de saúde, a cumprir CPT pelo prazo de 24(vinte e quatro) meses, contados a partir da celebração do contrato. Declaro ainda, que aceito e tenho conhecimento de que para as doenças ou lesões indicadas na declaração de saúde, não poderei tampouco meus dependentes inscritos no plano de saúde, realizar pelo plano de saúde contratado, procedimentos que necessitem de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade antes que cumprido o prazo de 24



www.unimedsobral.com.br
Av. Dom José Tupinambá da Frota, 1951
CEP: 62010-290 - Centro - Sobral
T. (88) 3677-3000



DECLARAÇÃO DE SAÚDE

somos

REFERENTE À PROPOSTA DE ADMISSÃO N.º

meses de CPT, pelo que firmo a presente declaração, a qual será tida por firme e valiosa em qualquer tempo e lugar.

____/____/____
DATA DA DECLARAÇÃO

NOME DO BENEFICIÁRIO / CLIENTE

ASSINATURA DO TITULAR

NOME DO MÉDICO ORIENTADOR

ASSINATURA DO MÉDICO ORIENTADOR

O CONTRATANTE obriga-se a pagar a UNIMED, por si e por seus dependentes inscritos neste Contrato, os valores correspondentes às mensalidades iniciais previstas na tabela de preços vigente, de acordo com as faixas etárias e variações percentuais que venham ocorrer, conforme quadro abaixo:

FAIXAS	IDADES	VARIAÇÃO (%)
1º	00 – 18 anos	
2º	19 – 23 anos	
3º	24 – 28 anos	
4º	29 – 33 anos	
5º	34 – 38 anos	
6º	39 – 43 anos	
7º	44 – 48 anos	
8º	49 – 53 anos	
9º	54 – 58 anos	
10º	>= 59 anos	