

ENTREVISTA QUALIFICADA

(PARA ORIENTAÇÃO NO PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE - RN 162/07)

Nº de registro da operadora na ANS: 30.446-8	Nº de registro do plano na ANS:
--	---------------------------------

PROPONENTE

Nome (completo, sem abreviaturas):

CPF:

Sexo: Masc. Fem.

Nome do Representante Legal (no caso de menor ou incapaz):

Esta Declaração de Saúde deve ser preenchida de próprio punho por cada beneficiário ou por responsável legal, quando se tratar de menor de 18 anos ou incapaz.

Esta Declaração de Saúde, em hipótese alguma poderá ser preenchida no computador.

No Plano de Assistência à Saúde Individual/Familiar, o preenchimento desta Declaração de Saúde é obrigatório para todos os beneficiários, titulares e/ou dependentes.

No plano de Assistência à Saúde Coletivo, o preenchimento desta Declaração de Saúde será realizado de acordo com a legislação vigente.

O beneficiário tem o direito de ser orientado, no preenchimento da Declaração de Saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela UNIMED ARAGUAIA, ou de utilizar por um profissional de sua escolha, assumindo o ônus financeiro desta opção.

Se houver necessidade, o beneficiário poderá esclarecer suas dúvidas com o Médico Orientador que lhe acompanha durante o preenchimento desta Declaração de Saúde.

Opção do beneficiário para o preenchimento da Declaração de Saúde:

- | | |
|-----|--|
| () | 1 - Declaro que contei com a presença de Médico Orientador indicado pela Unimed Araguaia , sem ônus financeiro para auxiliar-me no preenchimento desta Declaração de Saúde. |
| () | 2 - Declaro que contei com a presença de Médico Orientador de minha escolha , assumindo o ônus financeiro |
| () | 3 - Declaro que dispensei a presença do Médico Orientador . |

A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), ou seja, aquela que o beneficiário, ou seu representante legal, saiba que é portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao Plano Privado de Assistência à Saúde.

Havendo declaração de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), será oferecida a Cobertura Parcial Temporária (CPT), 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 Procedimento de Alta Complexidade (PAC), Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos Cirúrgicos constantes do Rol de Procedimento e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época da demanda, desde que relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente (DLP) declarada.

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 beneficiário.

Estando o contrato em vigor, identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão do conhecimento prévio de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), por ocasião da contratação ou adesão ao Plano Privado de Assistência à Saúde, a UNIMED ARAGUAIA deverá **NOTIFICAR** imediatamente a omissão de informação ao beneficiário através do “Termo de Comunicação ao Beneficiário” e poderá:

I - Oferecer Cobertura Parcial Temporária (CPT) ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde;

Não omita dados.

Assinatura:

II - Solicitar abertura de processo administrativo junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando da identificação do indício de fraude ou após recusa do beneficiário à oferta da Cobertura Parcial Temporária (CPT)

Instaurado o processo administrativo na ANS, à UNIMED ARAGUAIA caberá o ônus da prova.

A UNIMED ARAGUAIA, poderá utilizar de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de Doença e Lesão Preexistente (DLP).

A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação após entrega efetiva de toda a documentação.

Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

Após julgamento e acolhida à alegação da UNIMED ARAGUAIA, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico - hospitalar prestada e que tenha relação com a Doença ou Lesão Preexistente (DLP), desde a data da efetiva NOTIFICAÇÃO da constatação da Doença ou Lesão Preexistente (DLP) omitida, pela UNIMED ARAGUAIA e terá o contrato rescindido unilateralmente (cancelado).

Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação da decisão pela ANS, com o encerramento do processo administrativo.

ORIENTAÇÕES

Antes de iniciar o preenchimento da Declaração de Saúde, leia e assine a Carta de Orientação ao Beneficiário.

Algumas questões pedem que o beneficiário explique ou especifique suas respostas. Nesses casos, o beneficiário deverá escrever a resposta, de próprio punho, no local indicado.

A UNIMED ARAGUAIA, fica obrigada a proteger as informações prestadas na Declaração de Saúde, sendo vedada sua divulgação ou o fornecimento a terceiro não envolvidos na prestação de serviços assistenciais sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvados os casos previstos na legislação em vigor.

Para cada doença listada abaixo o beneficiário deverá responder, assinalando no campo "RESPOSTAS", "SIM" caso esteja ciente de que é **sofredor** ou portador da condição ou responder "NÃO", caso esteja ciente de que **não é sofredor** ou portador da condição.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

IMPORTANTE: em caso afirmativo, o médico deverá firmar no campo abaixo, de próprio punho, que 'o preenchimento conta com a sua presença como médico orientador', apondo sua assinatura e registro no Conselho Regional de Medicina:

(Espaço reservado à declaração do médico orientador)

Dr(a). _____ CRM/ _____ :

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura

Não omite dados.

Assinatura:

Item	Sub item	Responda as questões abaixo assinalando com x para resposta afirmativa ou para negativa	Respostas
1.		Sofre de alguma doença infecciosa ou parasitária como:	
	a	AIDS ou é portador do vírus HIV?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	b	Doença de Chagas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	c	Hanseníase?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	d	Hepatite?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	e	Meningite?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	f	Tuberculose?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	g	Outros? (Especifique)	
2.		Sofre de neoplasias malignas (câncer)?	Respostas
	a	Aparelho digestivo (estômago, outros) ? Especifique.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	b	Aparelho respiratório (pulmão, outros)? Especifique.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	c	Pele?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	d	Mama?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	e	Órgãos genitais femininos (útero, ovário, outros)? Especifique.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	f	Órgãos genitais masculino (próstata, outros)? Especifique.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	g	Trato urinário (rins, bexiga, outros)? Especifique.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	h	Tireóide?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	i	Linfoma?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	j	Leucemia?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	k	Outras localizações? Especifique.	
3.		Sofre de neoplasias benignas?	Respostas
	a	Aparelho digestivo (estômago, outros) ? Especifique.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	b	Aparelho respiratório (pulmão, outros)? Especifique.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	c	Pele?(nervos)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	d	Mama?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	e	Órgãos genitais femininos (útero, ovário, outros)? Especifique.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	f	Órgãos genitais masculino (próstata, outros)? Especifique.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	g	Trato urinário (rins, bexiga, outros)? Especifique.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	h	Tireóide?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	i	Útero (mioma)? (Mulher)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	j	Outras localizações? Especifique.	
4.		Sofre de doenças do sangue?	Respostas
	a	Anemia?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	b	Doenças da coagulação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	c	Hemofilia?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Não omita dados.

Assinatura:



Araguaia

	d	Policitemia Vera?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	e	Púrpura?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	f	Outras? Especifique:								
5.		Sofre de doenças endócrinas?	Respostas							
	a	Diabetes?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	b	Tireóide?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	c	Hipófise?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	d	Emagrecimento acentuado?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	e	Ganho de peso acentuado?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	f	Obesidade?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	g	Obesidade Mórbida?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	h	Qual a sua idade?								
	i	Especifique o seu peso: (em Kg)								
	j	Especifique a sua altura e de seus dependentes (formato m,cm)								
6.		Sofre de transtornos psiquiátricos ou mentais?	Respostas							
	a	Psicose?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	b	Esquizofrenia?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	c	Neurose?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	d	Depressão?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	e	Retardo mental?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	f	Outros? Especifique:								
7.		Sofre de alguma doença provocada por:	Respostas							
	a	Álcoolismo?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	b	Uso de Drogas?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	c	Outras? Especifique:								
8.		Sofre de doenças do sistema nervoso?	Respostas							
	a	Acidente vascular cerebral (“derrame” “AVC)?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	b	Sequela de acidente vascular cerebral?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	c	Alzheimer?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	d	Epilepsia?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	e	Esclerose múltipla?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	f	Paralisia cerebral?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	g	Paralisias ou polineuropatias?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	h	Parkinson?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não				
	i	Outras? Especifique:								
9.		Sofre de doenças dos olhos e anexos?	Respostas							
	a	Alterações na retina?	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
	b	Deslocamento de retina?	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
	c	Estrabismo?	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
	d	Catarata?	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
	e	Glaucoma?	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
	f	Ceratocone?	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
	g	Miopia? (informar o grau)	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
	h	Pterígio?	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
	i	Presbiopia? (Queda da visão para perto)	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
	j	Retinopatia diabética?	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
	k	Astigmatismo? (informar o grau)	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não

Não omita dados.

Assinatura:

	l	Hipermetropia? (informar o grau)	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	m	Outros? (especificações)				
10.		Sofre de doenças do ouvido, nariz ou garganta?			Respostas	
	a	Diminuição da audição, perfuração do tímpano, infecções frequentes?	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	b	Hipertrofia de cornetos ou amígdalas?	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	c	Labirintite?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	d	Perda de audição?	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	e	Problemas de adenoide, tumor, desvio de septo ou pólipos?	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	f	Rinite?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	g	Sinusite?	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	h	Outras? Especifique:				
11.		Sofre de doenças do coração?			Respostas	
	a	Angina pectoris?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	b	Arritmia cardíaca?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	c	Doença hipertensiva da gravidez? (Eclampsia)			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	d	Doenças com disfunção de válvulas?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	e	Doenças reumáticas valvulares?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	f	Hipertensão arterial?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	g	infarto do miocárdio?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	h	Insuficiência cardíaca?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	i	Insuficiência coronariana?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	j	Outras? Especifique:				
12.		Sofre de doenças do aparelho circulatório?			Respostas	
	a	Aneurisma?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	b	Febre reumática?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	c	Hemorroidas?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	d	Insuficiência arterial periférica?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	e	Linfedema?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	f	Micro varizes?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	g	Trombo flebites?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	h	Trombose?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	i	Úlcera de perna?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	j	Varizes de membros inferiores?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	k	Outros? Especifique				
13.		Sofre de doenças do sistema respiratório?			Respostas	
	a	Apneia do sono?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	b	Asma?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	c	Bronquite?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	d	Bronquiectasia? (Dilatação do brônquio)			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	e	Enfisema?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	f	Fibrose pulmonar?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	g	Pneumonia?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	h	Outras? Especifique:				
14.		Sofre de doenças do sistema digestivo?			Respostas	
	a	Cirrose hepática?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	b	Colelitíase (cálculo da vesícula)?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	c	Colite?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Não omita dados.

Assinatura:

	d	Doença diverticular do intestino?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	e	Doenças do pâncreas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	f	Gastrite?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	g	Úlcera péptica?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	h	Hepatites?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	i	Outras? Especifique:		
15.		Sofre de algum tipo de hérnia?	Respostas	
	a	Inguinal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	b	De Hiato?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	c	Umbilical?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	d	Epigástrica?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	e	Incisional?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	f	Outras? Especifique:		
16.		Sofre de doenças da pele? Especifique o local	Respostas	
	a	Cistos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	b	Manchas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	c	Nódulos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	d	Pintas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	e	Psoríase?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	f	Quelóide?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	g	Tumores?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	h	Verrugas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	i	Xantelasma?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	j	Outras? Especifique:		
17.		Sofre de doenças osteomuscular?	Respostas	
	a	Artrite Reumatoide?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	b	Artrite?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	c	Artrose?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	d	Desvio da coluna?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	e	Esclerodermia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	f	Escoliose?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	g	Fraturas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	h	Hérnia de disco?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	i	Lúpus eritematoso sistêmico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	j	Osteomielite?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	k	Osteoporose?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	l	Poliomielite?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	m	Reumatismo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	n	Tendinite?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	o	Outras? Especifique:		
18.		Sofre de doenças do aparelho urinário?	Respostas	
	a	Insuficiência renal? <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Crônica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	b	Necessidade de transplante renal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	c	Cálculo urinário? <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Ureteral <input type="checkbox"/> Bexiga	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	d	Incontinência urinária? (Urina solta)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	e	Nefrite?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	f	Doenças Sexualmente Transmissíveis?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Não omita dados.

Assinatura:



	g	Outras? Especifique:		
19.		Sofre de doenças do aparelho genital feminino?		Respostas
	a	Cisto de ovário?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	b	Endometriose?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	c	Infertilidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	d	Nódulo mamário?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	e	Prolapso uterino?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	f	Ruptura perineal ou outras?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	g	Outras? Especifique:		
20.		Sofre de doenças do aparelho genital masculino?		Respostas
	a	Esterilidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	b	Fimose?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	c	Hiperplasia de próstata?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	d	Hipospadia?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	e	Impotência Sexual?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	f	Testículo alto? (fora da bolsa escrotal)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	g	Varicocele?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	h	Outras? Especifique:		
21.		Sofre de traumatismos e/ou fraturas? Especifique		Respostas
	a	Joelho? <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	Sim Não	
	b	Ombro? <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	Sim Não	
	c	Quadril? <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	Sim Não	
	d	Fraturas com prótese, pinos, parafusos, placas? Especifique o lado: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	Sim Não	
22.		Sofre de doença causada por alteração cromossômica? Especifique:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
23.		Sofre de sequelas de acidente, moléstia adquirida ou congênita (Doenças de nascença)? Especifique	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
24.		Já foi submetido a algum tipo de cirurgia? Especifique	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
25.		Sofre de alguma doença não relacionada acima, que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de tratamento ou exame? Especifique:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
26.		Já foi submetido à radioterapia, quimioterapia, hemodiálise ou diálise peritoneal? Especifique	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27.		Tem indicação de submeter-se a algum tipo de tratamento de Saúde? Especifique	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
28.		Possui algum tipo de prótese ou órtese (parafusos, marca-passo, outros)? Especifique	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Não omita dados.

Assinatura:

Declaração

Declaro que as informações relatadas na Declaração de Saúde são a expressão da verdade que foram espontaneamente feitas de próprio punho, podendo a UNIMED ARAGUAIA, considerá-las para análise e manutenção das coberturas.

Declaro ainda que estou ciente de que a omissão de informações sobre a existência de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), da qual saiba ser sofredor ou portador no momento do preenchimento desta Declaração de Saúde, desde que comprovada junto a ANS através de processo administrativo, será considerada como ato fraudulento e acarretará na rescisão do contrato, obrigando o titular ou seu responsável legal a arcar com os custos dos atendimentos obtidos em relação à cirurgia, uso de Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), ligados à Doença ou Lesão Preexistente (DLP).

Caso instaurado o processo administrativo, comprometo-me, na qualidade de titular ou responsável legal, a prestar toda e qualquer informação adicional solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde a enviar à UNIMED ARAGUAIA, sob a responsabilidade e cuidado do médico cadastrado na Secretária de Assistência à Saúde - SAS/MS, como auditor, as informações necessárias sobre o estado de saúde dos beneficiários incluindo resultados de exame e tratamento instituídos, isentando a UNIMED ARAGUAIA de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

Declaro ainda ter ciência de que, independente da data de realização desta Entrevista Qualificada, seus efeitos práticos e legais terão vigência a partir da data de celebração do instrumento principal, do qual é parte integrante.

Por ser verdade, firmo a presente.

Proponente/Beneficiário ou Responsável Legal

Nome (completo, sem abreviaturas):

CPF:

Assinatura:

LOCAL E DATA

Local:

Data:

Não omitta dados.

Assinatura: