

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 558/2022.
- 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

IDADE	PESO	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.

RUBRICA DO BENEFICIÁRIO OU RESP. LEGAL

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
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

RUBRICA DO BENEFICIÁRIO OU RESP. LEGAL

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? 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:

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.

RUBRICA DO BENEFICIÁRIO OU RESP. LEGAL

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.unimedextremooeste.com.br.

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 (QUANDO MENOR OU INCAPAZ)

Nome: _____

CPF: _____

5. PERÍCIA MÉDICA

QUADRO CLÍNICO

RESULTADO DE EXAMES

CID 10 E RELAÇÃO DOS CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS

PARECER FINAL

ASSINATURA E CARIMBO COM CRM DO MÉDICO PERITO

DATA: ____/____/____.

RUBRICA DO BENEFICIÁRIO OU RESP. LEGAL

Declaro para os devidos fins, que estou ciente dos resultados da perícia médica.

DATA: ____/____/____.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU
REPRESENTANTE LEGAL (QUANDO MENOR OU INCAPAZ)

6. 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: ____/____/____.

RUBRICA DO BENEFICIÁRIO OU RESP. LEGAL