



## Formulário Ficha de Saúde

Classificação:

Documento- Sensível

### CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula a atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

#### **O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?**

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

#### **AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, etc.\*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

IT.CML.007

Rubrica:

**AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes à doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

**ATENÇÃO!** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

\* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico:

**www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

**INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO**

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**BENEFICIÁRIO**

Nome: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

*A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aqueles que o promitente contratante tenha conhecimento, no momento de assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.*

*No preenchimento desta declaração, o consumidor tem a opção de:*

IT.CML.007

Rubrica:

- ( ) ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora.
- ( ) ser orientado por um médico de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade
- ( ) dispensar a presença de médico orientador

*Independente da opção marcada, a Unimed ressalva o seu direito de revisar o preenchimento da Declaração de Saúde e, conforme o caso, solicitar a realização de exames e/ou perícia no declarante.*

*Em qualquer hipótese, todo e qualquer profissional que tiver acesso ao presente documento estará obrigado ao dever de sigilo relativamente a todos os dados nele inseridos.*

**1 - IDENTIFICAÇÃO:**

**TITULAR:** \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

**DEPENDENTE:** \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

	Responda sim/não	Se a resposta for sim, tem tratamentos clínicos sendo realizados ou já indicados por médico? Ou ainda, indicação de cirurgia a realizar?
<b>INFORMAÇÕES SOBRE POSSÍVEIS DOENÇAS DO SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>		
Tem diagnóstico de Infarto do Miocárdio prévio?		
Tem diagnóstico de Angina?		
Tem diagnóstico de Arritmias Cardíacas?		
Tem diagnóstico de doença venosa como Varizes, Embolia, Trombose ou Flebite?		
Tem diagnóstico de má-formação de válvulas do coração?		
Tem diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica?		
É portador(a) de Insuficiência Cardíaca, Doença arterial Obstrutiva ou outra doença cardíaca?		
Tem algum diagnóstico de doença cardíaca, desde a infância?		
Tem diagnóstico conhecido ou em investigação de doenças vasculares, tais como Aneurismas, ou outros?		
Tem alguma doença oncológica (câncer) conhecida ou em investigação diagnóstica que afete o sistema cardíaco ou vascular?		
Registre se tem algum outro diagnóstico de doenças cardiovasculares que já é de seu conhecimento, não questionado acima.		

	Responda sim/não	Se a resposta for sim, tem tratamentos clínicos sendo realizados ou já indicados por médico? Ou ainda, indicação de cirurgia a realizar?
<b>INFORMAÇÕES SOBRE POSSÍVEIS DOENÇAS DO SISTEMA PULMONAR</b>		
Tem diagnóstico de Bronquite e/ou Asma?		
Tem diagnóstico de Hipertensão Pulmonar?		
Tem diagnóstico de Enfisema Pulmonar e/ou Doença Bronco Pulmonar Obstrutiva Crônica?		
Tem diagnóstico de Fibrose Pulmonar ou Broquiectasia?		
Tem alguma doença oncológica (câncer) conhecida ou em investigação diagnóstica do sistema respiratório?		
Tem diagnóstico de alergias respiratórias?		
Tem diagnosticado Amigdalite de repetição, Hipertrofia de Amígdalas ou Adenoide?		
Tem diagnosticado Desvio de Septo Nasal ou Hipertrofia de Cornetos?		
É portador(a) de doença pulmonar conhecida além das citadas acima?		
	Responda sim/não	Se a resposta for sim, tem tratamentos clínicos sendo realizados ou já indicados por médico? Ou ainda, indicação de cirurgia a realizar?
<b>INFORMAÇÕES SOBRE POSSÍVEIS DOENÇAS DO SISTEMA URINÁRIO/UROLÓGICO</b>		
É portador(a) de Cálculos Renal/Urinários?		
É portador(a) de Problemas de próstata?		
É portador(a) de Incontinência Urinária (perda de urina sem controle)?		
Tem alguma doença oncológica (câncer) nos Rins, Bexiga, Próstata ou Vias Urinárias?		
Tem diagnóstico de má-formação do trato urinário?		
Tem diagnóstico de Cistos nos Rins?		
É portador(a) de Insuficiência Renal?		
Já realizou Hemodiálise?		
Já realizou transplante de Rim?		
Tem diagnóstico de Infecção Urinária?		
Tem diagnóstico de Hidrocele?		
Tem diagnóstico de Varicocele?		
É portador(a) de alguma doença renal ou do trato urinário que não foi especificada acima?		
	Responda sim/não	Se a resposta for sim, tem tratamentos clínicos sendo realizados ou já indicados por médico? Ou ainda, indicação de cirurgia a realizar?
<b>INFORMAÇÕES SOBRE POSSÍVEIS DOENÇAS GINECOLÓGICAS/OBSTÉTRICAS</b>		
Tem diagnóstico de Miomas Uterino?		
Tem diagnóstico de patologias das trompas uterinas?		
Tem diagnóstico de doenças ovarianas benignas (ex: cisto) ou malignas?		

IT.CML.007

Rubrica:

Tem diagnóstico de Endometriose?		
Apresenta sintomas de hemorragia uterina fora do período menstrual?		
Já apresentou problemas na gravidez (pré-eclâmpsia, trabalho de parto prematuro e abortamento habitual)?		
Tem diagnóstico de Infertilidade ou dificuldade de engravidar?		
Têm conhecimento de ser portadora de doença oncológica (câncer) ginecológico?		
Têm conhecimento da existência de nódulos mamários ou já possui diagnóstico de tumores de mamas benignos ou malignos?		
Sofre de alguma doença Inflamatória Pélvica?		
É portadora de alguma outra doença ginecológica que não foi especificada acima?		
	<b>Responda sim/não</b>	<b>Se a resposta for sim, tem tratamentos clínicos sendo realizados ou já indicados por médico? Ou ainda, indicação de cirurgia a realizar?</b>
<b>INFORMAÇÕES SOBRE POSSÍVEIS DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO/ABDOMINAL</b>		
Tem algum diagnóstico de Gastrite ou Esofagite? Se sim, especifique em informações complementares.		
Tem diagnóstico de Úlcera de Estômago ou Duodeno? Se sim, especifique em informações complementares.		
Tem diagnóstico de Cálculos na Vesícula Biliar?		
Tem diagnóstico de Hérnia de Hiato, Hérnia Umbilical, Hérnia Inguinal e/ou Escrotal? Se sim, especifique em informações complementares.		
É portador(a) de alguma Intolerância Alimentar como, Intolerância a Lactose, Doença Celíaca, Síndrome de Má Absorção ou outros? Se sim, especifique em informações complementares.		
Tem diagnóstico de Pancreatite?		
Tem diagnóstico de Colite Ulcerativa?		
Tem diagnóstico de Doença de Crohn ou Síndrome do Intestino Irritável?		
Tem diagnóstico de Hepatite, Cirrose ou outra doença do Fígado? Se sim, especifique em informações complementares.		
Sabe ser portador(a) de doença oncológica (câncer) do trato digestivo (boca, esôfago, estômago, intestinos, ânus, pâncreas, vias biliares ou fígado)? Se sim, especifique em informações complementares.		
É portador(a) de alguma outra doença do aparelho digestivo que não foi especificada acima?		
	<b>Responda sim/não</b>	<b>Se a resposta for sim, tem tratamentos clínicos sendo realizados ou já indicados por médico? Ou ainda, indicação de cirurgia a realizar?</b>
<b>INFORMAÇÕES SOBRE POSSÍVEIS DOENÇAS DO SISTEMA ENDÓCRINO</b>		
É portador(a) do diagnóstico de Diabetes? Se sim, especifique em informações complementares se tipo I ou II.		
Tem o diagnóstico de alterações na Tireoide (Hipertireoidismo/ Hipotireoidismo)?		
Tem diagnóstico de Obesidade?		
Tem alguma alteração de Hipófise?		

IT.CML.007

Rubrica:

Tem alguma alteração de Paratireoide?		
Tem alguma alteração do Metabolismo do Colesterol e Triglicérides?		
Sofre de alguma doença endócrina como Desnutrição ou Deficiência Nutricional?		
Tem diagnosticado conhecido de Retardo no Crescimento?		
É portador(a) de diagnóstico de Bócio?		
Tem conhecimento de ser portador de doença oncológica (câncer) em: Hipófise, Tireoide, Pâncreas ou outras glândulas?		
É portador(a) de alguma outra doença do sistema endócrino que não foi especificada acima?		
	<b>Responda sim/não</b>	<b>Se a resposta for sim, tem tratamentos clínicos sendo realizados ou já indicados por médico? Ou ainda, indicação de cirurgia a realizar?</b>
<b>INFORMAÇÕES SOBRE POSSÍVEIS DOENÇAS DO SISTEMA LINFÁTICO/HEMATOLÓGICO</b>		
Tem diagnóstico de algum tipo de Anemia?		
Tem diagnóstico conhecido de algum tipo de Leucemia (câncer do sangue)?		
Tem diagnóstico conhecido de algum tipo de Linfomas (câncer nos linfonodos/sistema linfático)?		
Tem diagnóstico conhecido de Porfíria?		
Tem diagnóstico conhecido de Hemofilia?		
Tem diagnóstico conhecido de Defeitos da Coagulação?		
Sofre de Doença Hemorrágica?		
Sofre de Imunodeficiência?		
Sofre com Doença do Baço?		
É portador (a) de outras patologias conhecidas ligadas ao sistema hematológico? Se sim, especifique em informações complementares.		
	<b>Responda sim/não</b>	<b>Se a resposta for sim, tem tratamentos clínicos sendo realizados ou já indicados por médico? Ou ainda, indicação de cirurgia a realizar?</b>
<b>INFORMAÇÕES SOBRE POSSÍVEIS DOENÇAS DO SISTEMA NEUROLÓGICO</b>		
Tem diagnóstico conhecido ou está em pesquisa diagnóstica para doenças neurológicas de qualquer natureza?		
É portador (a) de doença congênita conhecida que afete o sistema neurológico ou psicomotor?		
Tem diagnóstico conhecido de Derrames ou Isquemia Cerebral? Se sim, há quanto tempo?		
É portador(a) de sequelas de doenças neurológicas ou causadas por derrames, isquemia cerebrais, traumas, problemas do parto ou cirurgias?		
Tem diagnóstico de Alzheimer ou outros quadros de demências ou degenerativos?		
Tem diagnóstico confirmado de Epilepsia?		
Tem diagnóstico de Convulsões?		
Sofre de sequelas neurológicas como Hidrocefalia, Paralisia, Miastenia, Doenças Desmielinizantes, Transtornos dos Nervos, Polineuropatias,		

IT.CML.007

Rubrica:

Dor Crônica, Paralisia Cerebral, ou outra?		
Tem diagnóstico ou está em pesquisa diagnóstica de Doença de Parkinson?		
É portador(a) de Déficit de Atenção, ou apresenta barreiras referentes à sociabilidade? Se a resposta é positiva, já tem um diagnóstico confirmado?		
Tem diagnóstico ou está em pesquisa diagnóstica para Transtorno do Espectro Autista?		
Tem diagnóstico de doença oncológica (câncer) do que afeta o sistema nervoso central e periférico?		
É portador(a) de outras patologias conhecidas ligadas ao sistema neurológico não especificadas acima? Se sim, especifique em informações complementares.		
	<b>Responda sim/não</b>	<b>Se a resposta for sim, tem tratamentos clínicos sendo realizados ou já indicados por médico? Ou ainda, indicação de cirurgia a realizar?</b>
<b>INFORMAÇÕES SOBRE POSSÍVEIS DOENÇAS DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS</b>		
Tem diagnóstico conhecido de Catarata?		
Tem diagnóstico conhecido de Glaucoma		
Tem diagnóstico conhecido de Astigmatismo?		
Tem diagnóstico conhecido de Hipermetropia?		
Tem diagnóstico conhecido de Miopia em grau acima de três (3,0)?		
Tem diagnóstico conhecido de Presbiopia?		
Tem diagnóstico conhecido de Estrabismo?		
Tem diagnóstico conhecido de Ceratocone?		
Tem diagnóstico conhecido de Transtorno da Pálpebra e Aparelho Lacrimal?		
Tem diagnóstico conhecido do Transtorno do Nervo Óptico?		
Tem diagnóstico ou está em pesquisa diagnóstica para doenças genéticas ligadas a perda de visão?		
Tem diagnóstico conhecido de Deslocamento de Retina ou outras doenças da retina causadas por Diabetes, causas genéticas ou outras patologias?		
Tem diagnóstico de doença oncológica (câncer) do que afeta o sistema ocular?		
É portador(a) de outras patologias conhecidas ligadas do sistema da visão não especificada acima? Se sim, especifique em informações complementares.		
Tem diagnóstico conhecido de Infecção no ouvido (Otites)?		
Tem diagnóstico conhecido de Perfuração do Tímpano?		
Tem diagnóstico conhecido de Doenças do Ouvido médio e da Mastóide?		
Tem diagnóstico conhecido de Otosclerose?		
Sofre de Perda Auditiva (surdez) parcial ou total?		
Tem diagnóstico de doença oncológica (câncer) do que afeta o sistema auditivo?		
É portador(a) de outras patologias conhecidas ligadas do sistema auditivo não especificada acima? Se sim, especifique em informações complementares.		

IT.CML.007

Rubrica:

	Responda sim/não	Se a resposta for sim, tem tratamentos clínicos sendo realizados ou já indicados por médico? Ou ainda, indicação de cirurgia a realizar?
<b>INFORMAÇÕES SOBRE POSSÍVEIS DOENÇAS DO SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO</b>		
Tem diagnóstico conhecido de desvios na Coluna Vertebral (escoliose, cifose, lordose)? Se sim, especifique em informações complementares.		
Tem diagnóstico conhecido do sistema osteomuscular como Artropatia, Artrose, Doenças Articulares?		
Tem diagnóstico conhecido de Osteopatias, Condropatias, Transtornos dos Tendões, Espondilopatias?		
Sofre de dor crônica na coluna?		
Sofre de doenças Reumáticas, Osteoporose, Miopatias ou outra?		
É portador(a) de patologias que afetam a locomoção e que necessitam de órtese para as funções do dia a dia?		
Tem diagnóstico Hérnia de Disco ou outra patologia da Coluna Vertebral (Tórax, Cervical ou Lombar)? Realizou exame de Ressonância Nuclear Magnética e/ou Tomografia da Coluna Vertebral nos últimos 3 anos?		
É portador(a) de sequelas ortopédicas ou traumatológicas após acidentes ou cirurgias? Se sim, especifique em informações complementares.		
Tem diagnóstico de doença oncológica (câncer) do que afeta o sistema ósseo ou muscular?		
É portador(a) de doenças da Coluna Vertebral ou do sistema ósseo e muscular que não tenha sido especificada acima? Se sim, especifique em informações complementares.		
	Responda sim/não	Se a resposta for sim, tem tratamentos clínicos sendo realizados ou já indicados por médico? Ou ainda, indicação de cirurgia a realizar?
<b>INFORMAÇÕES SOBRE POSSÍVEIS DOENÇAS DE PELE</b>		
É portador(a) de diagnóstico ou está em pesquisa diagnóstica para doenças de pele como Psoríase, Melanoma ou outros tipos de câncer de pele?		
É portador(a) de doenças de Pele que não tenham sido especificadas acima? Se sim, especifique em informações complementares.		
	Responda sim/não	Se a resposta for sim, tem tratamentos clínicos sendo realizados ou já indicados por médico? Ou ainda, indicação de cirurgia a realizar?
<b>INFORMAÇÕES SOBRE OUTRAS POSSÍVEIS DOENÇAS EXISTENTES Câncer/ Tumores/ Doenças Congênitas/ Doenças Auto-ímmunes e Genéticas / Distúrbio Psiquiátrico</b>		
É portador(a) de doenças reumáticas (auto-ímmunes)? Se sim,		

IT.CML.007

Rubrica:



especifique em informações complementares.		
É portador(a) de Depressão, Neurose, Esquizofrenia, Distúrbio Bipolar?		
Sofre de alguma alteração da Arcada Dentária como Má-oclusão, Macrognatismo, Micrognatismo, Prognatismo e Retrognatismo? Se sim, especifique em informações complementares.		
Já realizou alguma transfusão de sangue? Se sim, especifique em informações complementares.		
É portador(a) de doenças existentes desde que nasceu não especificadas no questionário acima? Se sim, especifique em informações complementares.		
É portador(a) de Doenças Adquiridas: HIV(AIDS), Papiloma Genital (HPV), Doença de Chagas ou outra? Se sim, especifique em informações complementares.		
É portador(a) de doenças oncológicas (câncer, tumores, metastases) não especificadas no questionário acima? Se sim, especifique em informações complementares.		
É portador(a) de doenças de origem genéticas já diagnosticadas ou está em pesquisa diagnóstica por indicação médica? Já realizou algum teste genético anteriormente? Se sim, especifique em informações complementares.		
É portador(a) de outras doenças conhecidas e não especificadas no questionário acima? Se sim, especifique em informações complementares.		

OUTRAS INFORMACOES		IMC (PESO/ALTURA <sup>2</sup> )	
Peso aproximado (Kg)		<b>Resultado</b>	<b>Situação</b>
Altura aproximada (m)		Abaixo de 17	Muito abaixo do peso
		Entre 17 e 18,49	Abaixo do peso
		Entre 18,5 e 24,99	Peso normal
		Entre 25 e 29,99	Acima do peso
		Entre 30 e 34,99	Obesidade I
		Entre 35 e 39,99	Obesidade II (severa)
		Acima de 40	Obesidade III (mórbida)
	IMC (Índice de Massa Corporal)		

**Informações complementares sobre outras moléstias, doenças, procedimentos cirúrgicos, tratamentos e/ou internações anteriores, de que tenha conhecimento e que não foi informado nos questionamentos acima:**

	Descrição

***Havendo declaração de doença ou lesão preexistente:***

( ) Cobertura Parcial Temporária - o promitente contratante e seus beneficiários não terão direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período de 24 (vinte e quatro) meses;

*Declaro ter conhecimento de que, constatada doença ou lesão preexistente, seja através de declaração expressa, seja através de entrevista qualificada, seja através de perícia, a operadora poderá aplicar a Cobertura Parcial Temporária (CPT), que 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.*

10

*Declaro ter conhecimento também de que fica a critério da operadora oferecer, como alternativa à Cobertura Parcial Temporária, a contratação de um Agravado, que 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. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual eu e meus familiares saibamos ser portadores, no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato.*

*Declaro que, sendo comprovada a omissão junto à ANS, eu serei 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.*

*Nesses termos, declaro, para os devidos fins e efeitos, sob as penalidades da lei, que estou no exercício normal de minhas faculdades mentais e de discernimento para a prática deste ato, nada tendo omitido no preenchimento desta declaração com relação ao meu estado de saúde e de meus dependentes aqui indicados, e que prestei informações completas e verdadeiras. Declaro, ainda, que estou ciente e de pleno acordo que a presente Declaração de Saúde passará a integrar o contrato de assistência à saúde, caso este seja firmado, ficando a promitente contratada autorizada, desde já, a confirmar as condições de saúde aqui informadas, em qualquer tempo e lugar, sem que tanto implique em ofensa ao sigilo profissional ou a minha intimidade e de meus dependentes.*

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**USUÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

IT.CML.007

Rubrica:

Certifico que as informações contidas nesta ficha de saúde foram firmadas com meu auxílio.

Nome do médico: \_\_\_\_\_ CREMERS \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DA UNIMED**