CONTATO: TELEFONE (47) 3441-9555/ www.unimedjoinville.com.br

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Identificação:

Nome: ____ **Data Nasc.:**____/____/____

Grau de Parentesco ☐ **Titular** ☐ **Esposo (a)** ☐ **Companheiro (a)**

☐ **Filho (a)** ☐ **Enteado (a)**

Instrução Gerais:

1. A presente declaração de saúde deverá ser preenchida pelo próprio beneficiário, titular ou dependente, salvo quando se tratar de beneficiário menor de idade ou incapaz, devidamente comprovado.
2. No preenchimento dessa declaração, o consumidor tem o direito de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou de optar por um profissional de sua livre escolha assumindo ônus financeiro desta opção.
3. A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor saiba ser portador ou sofredor e das quais tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
4. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, serão oferecidas duas opções:

a) **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** - Aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de 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.

b) **Agravo** – Qualquer acréscimo no valor da contraprestação 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 entre a operadora e o beneficiário.

5. Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas junto à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. É vedada a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato por omissão de doença de lesão preexistente, até a publicação do encerramento do processo administrativo pela ANS.
6. A comprovação diante da ANS de omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente que o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, acarretará a rescisão do contrato ou exclusão do beneficiário que foi parte do processo de omissão e a responsabilidade pelo pagamento integral das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, relacionadas com a doença ou lesão preexistente que seriam objeto de Cobertura Parcial Temporária, sem prejuízo de eventuais sanções civis e penais.
7. Não haverá análise de doença ou lesão preexistente nos seguintes casos:
   - Contratos coletivos empresariais com 30 ou mais beneficiários, desde que a vinculação ocorra:
     1.Em até 30 dias da celebração do contrato; ou
     2.Em até 30 dias da vinculação do titular à pessoa jurídica Contratante.
   - Na migração de contratos desta Operadora, anteriores a Lei 9656/98 e em vigência há cinco anos ou mais.

Aspectos Gerais:

1. Idade: ______________ Peso: _______________ Altura:_______________ IMC: __________

2. Está fazendo algum tratamento médico? >>> ☐ Sim ☐ Não

Rubrica do Beneficiário ou Responsável Legal: ______________________________

Especifique a doença, o tratamento, a localização, e desde quando:______________________________

____

____

3. Sofre de alguma doença ocupacional? (ler, dort, lombalgia, hérnia, artrose, pneumoconiose, outras) >>> ☐ Sim ☐ Não

Especifique a doença, a localização e desde quando: ______________________________

____

4. Está aposentado por motivo de doença? >>> ☐ Sim ☐ Não

Especifique a doença e há quanto tempo: ______________________________

5. Está afastado do trabalho ou serviço por motivo de doença? >>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>> ☐ Sim ☐ Não

Especifique a doença e há quanto tempo: ______________________________

6. Sofre de alguma seqüela decorrente de Acidente de Trabalho? >>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>> ☐ Sim ☐ Não

Especifique a seqüela, a localização e desde quando: ______________________________

____

7. Sofre de alguma seqüela decorrente de cirurgia? >>> ☐ Sim ☐ Não

Especifique a seqüela, a localização e desde quando:______________________________

____

8. Sofre de alguma doença congênita? (síndrome de Down, má formações, outras) >>>>>> ☐ Sim ☐ Não

Especifique a doença e desde quando: ______________________________

____

9. Sofre de alguma doença respiratória? (asma, bronquite, enfisema, desvio de septo, adenóide, sinusite, outras) >> ☐ Sim ☐ Não

Especifique a doença e desde quando: ______________________________

____

10. Sofre de alguma doença cardiovascular? (hipertensão arterial, doença coronariana, varizes, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, outras) >>> ☐ Sim ☐ Não

Especifique a doença, a localização e desde quando______________________________

____

11. Sofre de alguma doença osteomuscular e tecido conjuntivo? (hérnia disco, osteoporose, lesão de menisco e ou ligamentos, bursite, artrites, artroses, gota, lupus, tensinovites, escoliose, lordose, outras) >> ☐ Sim ☐ Não

Especifique a doença, a localização e desde quando______________________________

____

Rubrica do Beneficiário ou Responsável Legal: ______________________________

12. Sofre de alguma doença da audição? (surdez, otites, labirintite, outros) ☐ Sim ☐ Não

Especifique a doença, o motivo e desde quando_____

_____

13. Sofre de alguma doença da visão? (catarata, miopia, estrabismo, glaucoma, hipermetropia, astigmatismo, ceratocone, retinopatia, cegueira, outras) >> ☐ Sim ☐ Não

Especifique a doença, o motivo e desde quando: _____

_____

Em caso de miopia, hipermetropia e astigmatismo informar o grau:

olho direito_____ **olho esquerdo** _____

14. Sofre de alguma doença do aparelho digestivo? (gastrite, úlcera, colite, cirrose hepática, hepatites, pancreatite, hérnia de hiato, hérnia umbilical, hérnia inguinal, doença da vesículabiliar (ex: pedra), hemorróidas, tumor, diverticulite, outras) >> ☐ Sim ☐ Não

Especifique a doença, a localização e desde quando:_____

_____

15. Sofre de alguma doença do aparelho genito-urinário? (cólica renal, insuficiência renal, doenças de próstata, tumores, infertilidade, endometriose, mioma, cisto de ovário, infecção urinária, doenças da mama, outros) >>>>>>>>>>>>>>>>>>>>

Especifique a doença e desde quando:____

____

20. Sofre de doença cancerosa? (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, outras) >>>>>> ☐ Sim ☐ Não

Especifique a doença, a localização e desde quando: ____

____

21. Sofre de doença hematológica? (anemia, leucemia, hemofilia, outros) >>>>>>>>>>>>>>>> ☐ Sim ☐ Não

Especifique a doença e desde quando: ____

____

22. Sofre de alguma doença de pele (nevus, sinais, outros) ou alérgicas (rinite, urticária, outras)?

>>> ☐ Sim ☐ Não

Especifique a doença, a localização e desde quando: ____

____

23. Sofre de distúrbio do sono ou apnéia do sono? >> ☐ Sim ☐ Não

Especifique qual e desde quando: ____

24. Sofre de hiperhidrose (excesso de suor nas mãos, axilas, rosto ou outros locais) >>>>>> ☐ Sim ☐ Não

Especifique a localização e desde quando: ____

25. Sofre de alguma alteração da mandíbula, arcadas dentárias (má-oclusão, macrognatismo, micrognatismo, prognatismo, retrognatismo, outros?) >>> ☐ Sim ☐ Não

Especifique qual e desde quando:____

____

26. Faz uso de prótese(s), órteses(s) (pino, parafuso, placa, fios, silicone, outros) >>>>>>>>> ☐ Sim ☐ Não

Especifique qual, a doença, a localização e desde quando: ____

____**Estético?** >>>> ☐ Sim ☐ Não

27. Sofre de alguma outra doença, não descrita nesta declaração? >>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>> ☐ Sim ☐ Não

Especifique: ____

____

28. Foi realizado algum tipo de exame ou procedimento pela Operadora para avaliar o seu estado de saúde físico ou mental na contratação do plano de saúde? >>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>> ☐ Sim ☐ Não

Comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o consumidor entenda importante registrar.

____

____

Rubrica do Beneficiário ou Responsável Legal: ____

Espaço reservado para que o médico orientador declare que o preenchimento desta declaração contou com a sua presença. _____

_____

_____

Assinatura e Carimbo do Médico Orientador

☐ - O consumidor dispensou a presença do médico orientador.

Declaro para todos os fins que as informações acima, por mim prestadas, são verdadeiras e autorizo o uso e verificação de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins médico-legais.

_____
Assinatura do Titular ou responsável legal

Nome_____

CPF _____

Data: ____/____/_____

_____
Assinatura do Dependente ou responsável legal

Nome_____

CPF _____

Data: ____/____/_____

PARECER DO MÉDICO AVALIADOR:

☐ Sem DLP

☐ Com DLP e sem necessidade de perícia médica

☐ Com necessidade de perícia médica

☐ Com DLP e com necessidade de perícia médica

Informar o CID e/ou código dos procedimentos da DLP e outras observações:

_____

_____

_____

_____

_____

_____
Assinatura e Carimbo do Médico Avaliador
Data: _____/_____/_____