

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1. DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME:		Data de Nascimento:	
Grau de Parentesco: () Titular () Esposo (a) () Companheiro (a) () Filho (a) () Enteado (a) () Agregado			
CPF:		Estado Civil:	
RG:	Órgão Emissor:	UF:	Data de Emissão:
Pai:			
Mãe:			
Rua:		Nº:	
Bairro:		CEP:	
Cidade:		UF:	
Telefones:		E-mail:	

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 162/07.
- 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.

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, nódulos pulmonares, desvio de septo, adenoide, hipertrofia amígdalas, sinusite, outras). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.2	Doenças do Sistema Cardiovascular: (hipertensão arterial, doença coronariana, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, varizes, hemorroidas, trombozes, tromboflebites, flebites, outras). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.3	Doenças do Sistema Osteomuscular: (osteoporose, lesão de menisco e/ou ligamentos, lúpus, gota, bursite, artrite, artrose, tenossinovites, lombociatalgia, hérnia de disco, desvios de coluna (como escoliose, lordose, cifose, outros). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.4	Doenças do Sistema Imunológico: (lúpus, artrites, polimiosite, hepatite auto imune, tireoidites, vitiligo, esclerodermia, esclerose múltipla, outras). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.5	Doenças do Sistema Digestivo: (hérnia de hiato, hérnia umbilical, hérnia inguinal, hérnia incisional, gastrite, úlcera, colite, cirrose hepática, hepatites, pancreatite, pedra na vesícula, hemorroidas, diverticulites, má oclusão, outras). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.6	Doenças em Boca: (mandíbula, arcada dentária, palato e lábios): má oclusão dentária, macro ou micrognatia, prognatismo, retrognatismo, fenda palatina, lábio leporino, outras). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.7	Doenças Genital: (infertilidade, endometriose, cistos de ovários, miomas, doenças da próstata, pênis, testículos, outros). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.8	Doença em Mamas: (nódulos, cistos, tumorações, outros). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.9	Doença Sistema Urinário: (pedra nos rins, cólica renal, insuficiência renal, hematúria, infecção urinária, massas, tumores, cistos, outros). ESCREVA AQUI:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não



3.10	Doenças do Sistema Neurológico: (mal de Parkinson, doença de Alzheimer, paralisia, paralisia cerebral, atraso desenvolvimento neuro psicomotor, esclerose lateral amiotrófica, seqüela de derrame, apneia do sono, tumores, massas, cistos e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.11	Doenças do Sistema Endócrino: (Diabetes, doenças da tireoide (hiper ou hipotireoidismo), obesidade, desnutrição e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.12	Doenças Infecto Contagiosas: (toxoplasmose congênita, rubéola congênita, zika, dengue, chicungunha, malária, tuberculose, AIDS/HIV – inclui portador, sífilis, outras doenças sexualmente transmissíveis e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.13	Doenças Psiquiátricas: (psicose, esquizofrenia, demência, alcoolismo, uso drogas, e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.14	Doenças Cancerosas: (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, boca, estômago, intestino, útero, leucemia, linfomas e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.15	Doenças Hematológicas: (hemofilia, trombocitopenia, trombofilias e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.16	Doenças de Pele e Alérgicas: Pele: (nevus, hemangiomas, sinais, nódulos, cistos, outros). Alérgicas: (urticária, outros). Sofre de hiperidrose: (excesso de suor nas mãos, pés axilas, face, dorso e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.17	Doenças Congênitas: (síndromes genéticas como de Down, e outras - especifique os problemas relacionados exemplo: cardíaco, respiratório, visão, urinário e outros). Má formações: (face, membros, cardíacas, renais, e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.18	Doenças do Ouvido: (surdez de qualquer etiologia, otites, perfuração timpânica, perda auditiva, labirintite e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.19	Doenças dos Olhos: (hipermetropia, miopia e astigmatismo, catarata, estrabismo, glaucoma, ceratocone, retinopatia, cegueira e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Nos casos hipermetropia, miopia e astigmatismo, especificar o grau e qual doença: Olho Direito: _____ Olho Esquerdo: _____	
	ESCREVA AQUI:	
3.20	Faz Uso de Prótese, Órtese: (pinos, parafusos, placas, fios, silicone e outros).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.21	A Indicação foi Estética?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	

3.22	Realizou alguma cirurgia? Especificar qual a cirurgia, há quanto tempo realizou, se tem seqüela decorrente da cirurgia e qual a seqüela.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
3.23	Sofre de alguma doença não descrita nesta declaração? Especifique	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	

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, **bem como autorizo o uso e verificação de prontuários e fichas médicas e todos os documentos que se fizerem necessários, para fins médico legais.**

 Ciente

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 <https://www.unimed.coop.br/web/altovale/politica-protacao-de-dados>

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: ____/____/____.

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: ____ / ____ / ____.

