Unimed Alto Vale

ANS - nº 355691

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 6°, parágrafo 1º da Resolução Normativa n° 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 (em kg)	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 amigdalas, sinusite, outras).	☐ **Sim** ☐ **Não**
	ESCREVA AQUI:	
3.2	**Doenças do Sistema Cardiovascular:** (hipertensão arterial, doença coronariana, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, varizes, hemorroidas, tromboses, tromboflebites, flebites, outras).	☐ **Sim** ☐ **Não**
	ESCREVA AQUI:	
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).	☐ **Sim** ☐ **Não**
	ESCREVA AQUI:	
3.4	**Doenças do Sistema Imunológico:** (lúpus, artrites, polimiosite, hepatite auto imune,tireoidites, vitiligo, esclerodermia, esclerose múltipla, outras).	☐ **Sim** ☐ **Não**
	ESCREVA AQUI:	
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).	☐ **Sim** ☐ **Não**
	ESCREVA AQUI:	
3.6	**Doenças em Boca:** (mandíbula, arcada dentária, palato e lábios): má oclusão dentária, macro ou micrognatia, prognatismo, retrognatismo, fenda palatina, lábio leporino, outras).	☐ **Sim** ☐ **Não**
	ESCREVA AQUI:	
3.7	**Doenças Genital:** (infertilidade, endometriose, cistos de ovários, miomas, doenças da próstata, pênis, testículos, outros).	☐ **Sim** ☐ **Não**
	ESCREVA AQUI:	
3.8	**Doença em Mamas:** (nódulos, cistos, tumorações, outros).	☐ **Sim** ☐ **Não**
	ESCREVA AQUI:	
3.9	**Doença Sistema Urinário:** (pedra nos rins, cólica renal, insuficiência renal, hematúria, infecção urinária, massas, tumores, cistos, outros).	☐ **Sim** ☐ **Não**
	ESCREVA AQUI:	

3.10	**Doenças do Sistema Neurológico:** (mal de Parkinson, doença de Alzheimer, paralisia, paralisia cerebral, atraso desenvolvimento neuro psicomotor, esclerose lateral amiotrófica, sequela de derrame, apneia do sono, tumores, massas, cistos e outras).	☐ **Sim** ☐ **Não**
	ESCREVA AQUI:	
3.11	**Doenças do Sistema Endócrino:** (Diabetes, doenças da tireoide (hiper ou hipotireoidismo), obesidade, desnutrição e outras).	☐ **Sim** ☐ **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).	☐ **Sim** ☐ **Não**
	ESCREVA AQUI:	
3.13	**Doenças Psiquiátricas:** (psicose, esquizofrenia, demência, alcoolismo, uso drogas, e outras).	☐ **Sim** ☐ **Não**
	ESCREVA AQUI:	
3.14	**Doenças Cancerosas:** (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, boca, estômago, intestino, útero, leucemia, linfomas e outras).	☐ **Sim** ☐ **Não**
	ESCREVA AQUI:	
3.15	**Doenças Hematológicas:** (hemofilia, trombocitopenia, trombofilias e outras).	☐ **Sim** ☐ **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).	☐ **Sim** ☐ **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).	☐ **Sim** ☐ **Não**
	ESCREVA AQUI:	
3.18	**Doenças do Ouvido:** (surdez de qualquer etiologia, otites, perfuração timpânica, perda auditiva, labirintite e outras).	☐ **Sim** ☐ **Não**
	ESCREVA AQUI:	
3.19	**Doenças dos Olhos:** (hipermetropia, miopia e astigmatismo, catarata, estrabismo, glaucoma, ceratocone, retinopatia, cegueira e outras).	☐ **Sim** ☐ **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).	☐ **Sim** ☐ **Não**
	ESCREVA AQUI:	
3.21	**A Indicação foi Estética?**	☐ **Sim** ☐ **Não**
	ESCREVA AQUI:	

3.22	**Realizou alguma cirurgia?** Especificar qual a cirurgia, há quanto tempo realizou, se tem sequela decorrente da cirurgia e qual a sequela.	☐ **Sim** ☐ **Não**
	ESCREVA AQUI:	
3.23	**Sofre de alguma doença não descrita nesta declaração? Especifique**	☐ **Sim** ☐ **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*: ☐ **Sim, médico da Unimed;** ☐ **Sim, médico particular de minha escolha; ou** ☐ **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 de direito, sob as penas do art. 299 do Código Penal (Decreto-Lei n.º 2.848/1940), que as informações por mim prestadas nesta Declaração de Saúde são completas, verdadeiras e condizem com meu estado de saúde na data de assinatura deste instrumento. Estou ciente de que a CONTRATADA poderá, a seu exclusivo critério, solicitar a realização de perícia médica, com ou sem exames complementares, **bem como autorizo o uso e verificação de prontuários e fichas médicas e todos os documentos que se fizerem necessários, para fins médico legais. Reconheço que a omissão ou a prestação de informações inverídicas constitui crime de falsidade ideológica, nos termos do art. 299 do Código Penal.**

☐ 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-protecao-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

A assinatura é obrigatória para todos os beneficiários. O representante legal deverá assinar quando o beneficiário não puder fazê-lo por incapacidade legal, como nos casos de menores de idade ou pessoas sob tutela ou curatela, observadas as regras aplicáveis.

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: _____/_____/_____.