

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

É obrigatório o preenchimento desta Declaração de Saúde pelo proponente titular, de próprio punho, sem rasuras e independentemente do auxílio do médico orientador.

CONTRATO Nº:

O objetivo desta Declaração de Saúde é registrar as informações sobre as doenças ou lesões de que o proponente titular e/ou seu(s) dependente(s) saiba(m) ser portador(es) ou sofredor(es), seja por diagnóstico feito, conhecido ou em andamento, e das quais tenha(m) conhecimento na data da assinatura da Proposta acima referida.

PROPONENTE TITULAR

Nome completo:

(continuação)

Para o preenchimento desta Declaração de Saúde, o proponente titular tem a opção de ser orientado por um médico indicado pela Operadora, sem ônus financeiro para o proponente, ou por um médico de sua livre escolha, caso em que as despesas com os honorários serão inteiramente de sua responsabilidade. Responda às questões abaixo fornecendo as informações solicitadas e assinalando "S" para as respostas afirmativas e "N" para as respostas negativas, no que diz respeito ao proponente titular e também aos seus dependentes.

Características biométricas	Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4	Dep.5
1. Altura em metros (por exemplo: 1,80)						
2. Peso em kg (por exemplo: 81)						

Histórico médico familiar	Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4	Dep.5
3. Tem ou teve algum familiar direto (pai, mãe, tios ou irmãos) com alguma das seguintes doenças?						
3.1. Arritmias, angina, infarto ou outras doenças cardíacas						
3.2. Diabetes ou taxas aumentadas de açúcar no sangue						
3.3. Câncer ou outros tipos de tumores						

Antecedentes patológicos	Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4	Dep.5
4. Faz ou fez tratamento, é ou foi portador de alguma das doenças descritas abaixo?						
4.1. Hipertensão arterial (pressão alta)						
4.2. Arritmias, angina, infarto, aneurismas ou outras doenças cardíacas						
4.3. Diabetes ou taxas aumentadas de açúcar no sangue						
4.4. Asma, bronquite ou outras doenças pulmonares						
4.5. Cirrose hepática, hepatite B ou C, cálculos na vesícula ou outras doenças do fígado ou do pâncreas						
4.6. Úlceras, refluxos, hérnias ou outras doenças do estômago ou dos intestinos						
4.7. Insuficiência renal, rins policísticos ou outras doenças das vias urinárias, inclusive cálculos						
4.8. Miomas, cistos nos ovários, displasias ou cistos de mama ou outras doenças ginecológicas						
4.9. Epilepsia, Parkinson, meningites, hidrocefalia, doença de Alzheimer, esclerose múltipla ou outras doenças neurológicas						
4.10. Artrose, artrite, hérnias de disco, fraturas ou outras doenças ortopédicas						
4.11. Anemias, leucemias, hemofilia, linfomas, alterações da coagulação, imunodeficiências (aids) ou outras doenças do sangue						
4.12. Miopia, catarata, glaucoma, problemas de retina, uveítes ou outras doenças dos olhos						
4.13. Más-formações congênitas ou hereditárias						

Histórico médico pessoal	Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4	Dep.5
5. Faz acompanhamento médico? Qual a especialidade?						
6. Já necessitou ficar internado para tratamento clínico, cirúrgico ou psiquiátrico?						
7. Tem algum tratamento cirúrgico já indicado ou programado por seu médico assistente?						
8. Faz ou fez tratamento para dependência química (álcool ou drogas) ou doenças psiquiátricas?						
9. Realiza ou já realizou hemodiálise ou diálise peritoneal?						
10. Realiza ou já realizou radioterapia, braquiterapia ou quimioterapia?						
11. Já fez tratamento para algum tipo de câncer?						
12. Está grávida? Se sim, qual o período gestacional?						

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

É obrigatório o preenchimento desta Declaração de Saúde pelo proponente titular, de próprio punho, sem rasuras e independentemente do auxílio do médico orientador.

CONTRATO Nº: _____

Caso o proponente titular ou qualquer de seus dependentes apresentarem alguma resposta afirmativa em alguma das perguntas da página 6, favor informar abaixo o motivo, o tratamento e a periodicidade, o(s) exame(s) feito(s) com seu(s) resultado(s), ou qualquer outra informação ou dano importante para a avaliação médica.

Item	Data do evento	Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4	Dep.5	Especificação
	___/___/___							
	___/___/___							
	___/___/___							
	___/___/___							
	___/___/___							
	___/___/___							
	___/___/___							
	___/___/___							
	___/___/___							
	___/___/___							
	___/___/___							
	___/___/___							
	___/___/___							
	___/___/___							
	___/___/___							
	___/___/___							
	___/___/___							
	___/___/___							

Havendo a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) por parte do proponente titular e/ou de seu(s) dependente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CTP), a qual admite, por um período ininterrupto de até 24 meses (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do benefício, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

A Operadora se reserva o direito de não oferecer o Agravo como opção à CPT, conforme lhe faculta o artigo 6º, parágrafo primeiro, da Resolução Normativa nº 162/07 da ANS.

DEFINIÇÕES

Cobertura Parcial Temporária (CTP)

“Considera-se Cobertura Parcial Temporária (CTP) 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 declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal” (Art. 2º, inciso II, da Resolução nº 162 da ANS, de 17/10/2007).

Agravo

“Considera-se Agravo como 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” (Art. 2º, inciso III, da Resolução nº 162 da ANS, de 17/10/2007).

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

É obrigatório o preenchimento desta Declaração de Saúde pelo proponente titular, de próprio punho, e independentemente do auxílio do médico orientador.

CONTRATO Nº: _____

Declaro para os devidos fins e efeitos que

1. autorizo a Operadora a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas, laboratórios ou a mim, exames, prontuários e outras informações necessárias a quaisquer esclarecimentos relacionados a esta Declaração de Saúde;
2. estou ciente de que a omissão de informação sobre doença ou lesão preexistente da qual eu e/ou meu(s) dependente(s) saiba(mos) ser portador(es) na data da assinatura desta Proposta, seja por diagnóstico feito, conhecido ou em andamento, desde que seja comprovada na ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do benefício. Neste caso, como beneficiário, serei responsável pelo pagamento de eventuais despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que eu tiver recebido comunicado ou notificação, por parte da Operadora, sobre a existência de doença ou lesão não declarada.
3. preenchi a Declaração de Saúde de todos os meus dependentes neste ato e que, sendo meus dependentes maiores de 15 (quinze) anos - esposo(a) ou companheiro(a), filho(a) solteiro(a) -, comprometo-me a investigar as informações com eles e, havendo necessidade de alteração(ões), eu a(s) apresentarei por escrito, no prazo de 7 (sete) dias contados a partir da data de assinatura desta declaração, sob pena de não-atendimento ou de exclusão do(s) beneficiário(s) dependente(s) com informações inadequadas e, até mesmo, rescisão, caso apurada a omissão;
4. tenho conhecimento do teor do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual prevê que "se o usuário, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do plano, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao valor do plano vencido";
5. optei por ser orientado por um médico indicado pela Operadora.
 optei por ser orientado por um médico de minha livre escolha e confiança.
 dispensei a presença de um médico orientador.

Local e data _____, ____/____/____	Assinatura do proponente titular (passível de reconhecimento em cartório) _____
Médico orientador (se houver) _____	Declaro que prestei as orientações necessárias para o proponente titular preencher, de próprio punho, esta Declaração de Saúde. _____ CRM e assinatura do médico, sob carimbo

IMPORTANTE:

Pelo presente, informo que estou ciente e de acordo que os períodos de carência deste contrato somente passem a contar após o devido aceite de minha proposta pela operadora e pela administradora de benefícios.

O efetivo ingresso, cadastro no sistema e início de vigência por mim acolhido será em ____/____/20____.

BENEFICIÁRIO

_____, ____/____/____
Local _____ Data _____
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
Nome legível, CPF e assinatura

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

_____, ____/____/____
Local _____ Data _____
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
Nome legível, CPF e assinatura

