

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.

PROONENTE 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 congênicas 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, sem rasuras 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, recisão, 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