

# DECLARAÇÃO DE SAÚDE

FORMULÁRIO IMPRESSO EM GRÁFICA

Nº \_\_\_\_\_



## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

*De acordo com Lei 9.656/98, Resolução Normativa nº 162 de 17/10/2007 e Rol de Procedimentos vigente editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.*

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

- 1- A Carta de Orientação ao Beneficiário deve estar localizada em página imediatamente anterior a este documento e a sua leitura é imprescindível, uma vez que visa orientar o consumidor no preenchimento deste formulário.
- 2- O presente documento possui um total de 05 (cinco) páginas, divididas em 04 (quatro) partes ou seções. As partes I, III e IV são de uso exclusivo da Unimed. Cabe ao proponente o preenchimento da Parte II - Informação sobre Saúde, exceto o campo em negrito destinado ao médico orientador. Apenas a questão nº 36 é opcional, sendo obrigatória a resposta a todas as outras. Quando necessário, a Parte IV - Declaração de Ciência da Cobertura Parcial Temporária deverá ser preenchida pela Unimed, mediante informações obtidas com o médico auditor. Porém, o proponente deve tomar conhecimento do seu conteúdo e assiná-la.
- 3- Esta Declaração de Saúde deverá ser obrigatoriamente preenchida pelo próprio consumidor proponente, ou seu responsável, no caso de menor de idade, ainda que assistidos por Médico Orientador.
- 4- No preenchimento dessa declaração, o consumidor proponente tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora (médico orientador), ou por um de sua confiança, caso em que a despesa com honorários será de sua responsabilidade.
- 5- Cobertura Parcial Temporária (CPT) é 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.
- 6- Agravo é 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.
- 7- A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor proponente e quaisquer de seus dependentes saibam ser portadores no momento do preenchimento desta declaração, acarretará em suspensão ou cancelamento do contrato. Quando efetivada sua inclusão no plano, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão preexistente conhecida e não declarada, caso esta venha a ser comprovada junto à ANS. **ATÉ A DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO, NEM DO ATENDIMENTO.**
- 8- Após avaliação da Declaração de Saúde, a UNIMED poderá solicitar ao consumidor proponente e para cada um de seus dependentes, a realização de uma perícia médica, com consulta e exames complementares, realizada por um médico-perito, a ser escolhido pela UNIMED.
- 9- Caso seja decidido pela realização da perícia médica, será de responsabilidade da UNIMED:
  - a) Agendar horário para a perícia médica (o proponente deverá levar consigo sua respectiva Declaração de Saúde devidamente preenchida); e
  - b) Todas as despesas decorrentes com honorários médicos e exames.

# DECLARAÇÃO DE SAÚDE

FORMULÁRIO IMPRESSO EM GRÁFICA

Nº \_\_\_\_\_



## PARTE I - IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

(Para uso exclusivo da Unimed)

Nome do Contratante/Titular \_\_\_\_\_

Nome do Plano: \_\_\_\_\_ N° Registro: \_\_\_\_\_

N° Proposta de Adesão: \_\_\_\_\_

	NOME DOS DEPENDENTES	IDADE
D-1		
D-2		
D-3		
D-4		
D-5		
D-6		

## PARTE II - INFORMAÇÕES SOBRE SUA SAÚDE E/OU DE SEUS DEPENDENTES

Antes de responder ao questionário, informe se este está sendo preenchido com a presença de médico orientador:

- ( ) Sim, médico da Unimed.  
( ) Sim, médico particular de minha escolha, acatando com o ônus dos honorários.  
( ) Não. Dispensar um médico orientador, declarando ter entendido todo o conteúdo da Declaração de Saúde, **assumindo toda responsabilidade** pelas informações por mim prestadas.

**IMPORTANTE:** Em caso afirmativo, o próprio MÉDICO deverá registrar no campo abaixo, de próprio punho, que *“o preenchimento conta com a sua presença como médico orientador”*. Além disso, este deverá assinar e informar o seu CRM:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Médico Orientador

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
CRM

Item	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para as respostas afirmativas e (N) para as Negativas.	Tit	D1	D2	D3	D4	D5	D6
1	Sofre de Obesidade?							
2	Obesidade mórbida?							
3	Doenças relacionadas com obesidade?							
4	Sofre de alguma doença relacionada ao trabalho? Especifique							
5	Sofre de alguma anomalia, lesão ou doença congênita (de nascimento)?							
6	Sofre de alguma doença de pele (Verrugas, Pintas, Quelóide, Caroço, Xantelasma, Cistos, Calos e Outros)? Especifique							
7	Sofre de alguma doença alérgica? Rinite, Urticária ou Outras?							
8	Sofre de alguma doença infecto-contagiosa (AIDS ou é portador do vírus HIV, Hepatite (icterícia), Malária, Tuberculose, Meningite, Chagas, Doenças venéreas, Hanseníase ou Outras)?							
9	Sofre de alguma doença respiratória? (Rinite, Sinusite, Bronquite, Asma, Pneumonia, Enfisema, Desvio de Septo Nasal ou Outros)? Especifique							

# DECLARAÇÃO DE SAÚDE

FORMULÁRIO IMPRESSO EM GRÁFICA

Nº \_\_\_\_\_



10	Sofre algum tipo de doença do aparelho circulatório? (Hipertensão arterial, Febre reumática, Angina pectoris, Infarto do miocárdio, Arritmia cardíaca, Insuficiência cardíaca, Acidente vascular cerebral (“derrame”), Varizes dos membros inferiores, Hemorróidas ou Outros)? Especifique								
11	Sofre algum tipo de doença do aparelho cardiovascular (Angina, Infarto, Hipertensão, Doença reumática e chagas, Outras valvulopatias ou Aneurismas)?								
12	Sofre de Pressão Alta (Hipertensão Arterial)? Há quanto tempo?								
13	Sofre de alguma doença osteomuscular (Artrite, Artrose, Osteoporose, Reumatismo, Escoliose, Hérnia de Disco, Osteomielite ou Outros)? Especifique								
14	Sofre de seqüela de acidente, moléstia adquirida ou congênita? Especifique.								
15	Sofre de alguma doença da Visão? (Estrabismo, Catarata, Glaucoma, Ceratocone, Miopia (informar o grau) ou Astigmatismo (informar o grau)?								
16	Sofre de alguma doença da Audição (Labirintite, Perda de Audição, Outras)? Especifique								
17	Sofre de alguma doença do aparelho digestivo (Úlcera péptica, Gastrite, Hérnia de hiato, Doença diverticular do intestino, Cirrose hepática (icterícia), Colite, Colelitíase (cálculo da vesícula), Hemorróidas, Problemas de vesícula biliar, Algum tumor, Hérnia (especifique o local), Pancreatite, Outras? Especifique								
18	Sofre de doenças do aparelho genito urinário (Insuficiência renal, Cálculo urinário, Incontinência urinária (“urina solta”), Hiperplasia da próstata (Homem), Fimose (Homem), Nódulo mamário, Infertilidade, Cisto de ovário (Mulher), Transtornos menstruais (Mulher), Endometriose (Mulher), Nefrite, Outras? Especifique								
19	Sofre de alguma doença do sistema nervoso (Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, Paralisia Cerebral, Outras)? Especifique								
20	Sofre de doenças endócrinas (Tireóide, Diabetes, Hipófise, Emagrecimento acentuado, Outras)? Especifique								
21	Sofre de alguma doença crônica (antiga)? Diabetes, Paralisia, Hemofilia ou distúrbios de coagulação, Doença renal crônica que faz diálise, Outras? Especifique								
22	Sofre de problemas com fertilidade (capacidade de gerar filhos)?								
23	Sofre de transtornos psiquiátricos ou mentais? (Especifique)								
24	Sofre algum tipo de dependência química (Álcool, Fumo, Drogas)?								
25	Sofre de neoplasias malignas (câncer)? Aparelho digestivo (estômago, outros)? Aparelho respiratório (pulmão, outros)? Pele, Mama, Órgãos genitais femininos (útero, ovários, outros)? Órgãos genitais masculinos (próstata), Trato urinário (rins, bexiga)? Tireoide? Linfoma? Leucemia? Outras localizações? Especifique								
26	Já foi submetido à radioterapia, quimioterapia, hemodiálise ou diálise peritoneal? Especifique								
27	Sofre de neoplasias benignas? Útero, Pele (nevus) ou Outros? Especifique								
28	Sofre de doenças do sangue? (anemia, púrpura, outros)? Especifique:								

# DECLARAÇÃO DE SAÚDE

FORMULÁRIO IMPRESSO EM GRÁFICA

Nº \_\_\_\_\_



29	Sofre de traumatismos e/ ou fraturas? Especifique								
30	Possui algum tipo de prótese ou órtese (placas, pinos, parafusos, marca-passo, outro)? Especifique:								
31	Já foi submetido a algum tipo de cirurgia? Especifique:								
32	Sofre de alguma doença não relacionada acima. Especifique:								
33	Tem indicação de submeter-se a algum tipo de cirurgia? Especifique:								
34	Especifique o seu peso e de seus dependentes (em kg, despreze as frações								
35	Especifique a sua altura e de seus dependentes (formato m, cm)								
<b>Em caso de criança menor de 12(doze) anos, acrescentar</b>									
36	Problemas na gestação?								
37	Parto normal?								
38	Prematuro? Quantas semanas ou meses?								
39	Peso ao nascer?								
40	Icterícia ao nascer?								
41	Ao nascer necessitou de internação em UTI?								
42	Sofre de refluxo gastro-esofageano?								
43	Sofre de problemas com convulsões? Desde quando?								
<b>Outras informações que deseja declarar</b>									
<b>Esclarecimento Obrigatório</b>									
Quando a resposta a algum dos itens de 1 a 33 da “Declaração de Saúde” for afirmativa, especifique a razão, informando datas, tratamentos, situação atual e tudo o que considerar importante para a avaliação de situação médica.									
Item	Titular/Dependente Nº	Esclarecimentos							

Declaro para todos os fins que as informações acima prestadas são verdadeiras, nos termos previstos no art. 5º da RN nº 162/07\* e autorizo o uso e verificação de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins médico-legais.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Consumidor proponente ou responsável legal

\* Art. 5º, caput (alterado pela RN nº 195): “Nos planos privados de assistência à saúde, individual ou familiar, ou coletivos, empresariais com menos de trinta beneficiários ou por adesão com qualquer número de beneficiários, contratados após a vigência da Lei Nº 9.656, de 1998, o beneficiário deverá informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP,

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

FORMULÁRIO IMPRESSO EM GRÁFICA

Nº \_\_\_\_\_



à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei Nº 9.656, de 1998.”

**PARTE III - PERÍCIA MÉDICA (CASO SOLICITADA PELA UNIMED)**

(Para uso exclusivo da Unimed)

MÉDICO PERITO: Dr. \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Descrição da Perícia: \_\_\_\_\_

Resultado de Exames \_\_\_\_\_

Relação dos Códigos (TABELA UNIMED): \_\_\_\_\_

Parecer Final: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Médico Perito

**PARTE IV - TERMO DE OPÇÃO POR COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT**

Eu, \_\_\_\_\_,

opto nesta oportunidade por cumprir Cobertura Parcial Temporária (CPT) para as doenças ou lesões preexistentes abaixo discriminadas:

Descrição	Prazo de Suspensão (Período máximo de 24 meses)

Declaro estar plenamente ciente de que:

1º) A Cobertura Parcial Temporária (CPT) é 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 (UTI/CTI) e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

2º) As doenças ou lesões preexistentes supracitadas foram obtidas pelas informações constantes na Parte II - Informações sobre sua saúde e/ou de seus dependentes e/ou por meio da perícia médica, se realizada; e

3º) Os procedimentos de alta complexidade (PAC), conforme documento anexo, não terão cobertura pelo prazo respectivo, em razão da constatação de doenças ou lesões preexistentes.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_