

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

REFERENTE À PROPOSTA DE ADMISSÃO Nº _____

Esta declaração é parte integrante do Contrato que ora se assina, válido para todos os beneficiários do presente contrato.

Estou ciente da minha obrigação de informar nesta oportunidade, em meu nome e dos meus dependentes, se portador ou não de lesões ou doenças pré-existentes, sob pena de imputação de fraude.

Declaro que a Unimed Norte Nordeste colocou a minha disposição profissionais médicos para minha orientação quando do preenchimento desta declaração, assim como a liberdade de orientar-me com qualquer outro profissional de minha livre escolha, assumindo, neste caso, o ônus financeiro desta opção e que dispensei a orientação do médico orientador.

Assinatura do titular

(ou do responsável, caso o (a) titular seja menor de 18 anos)

NOME DO BENEFICIÁRIO:	CPF:

1 - INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus ao beneficiário.

Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

Considera-se Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução;

Havendo declaração de doença ou lesão préexistente, será oferecido:

- A Unimed não oferece Agravo como opção à CPT.
- Cobertura Parcial Temporária (CPT) 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.

Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas concretas junto à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento da declaração. ATÉ DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor 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.

Declaro para os devidos fins e efeitos que as informações de saúde a mim e aos meus dependentes foram espontaneamente feitas, estando ciente que nos termos da Lei 9.656/98 a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das

carências/agravs, poderá ser considerada como comportamento fraudulento, implicando nas consequências previstas na legislação, de suspensão de cobertura, rescisão contratual e da minha responsabilidade por despesas realizadas com a assistência médico-hospitalar, e finalidade prevista na Lei.

2- QUESTIONÁRIO:

Item	Responda as questões abaixo assinalando com (S) as respostas afirmativas e (N) as negativas	Titular	Dependentes							
			1	2	3	4	5	6	7	8
01	Sofre de alguma doença infecto-contagiosa (AIDS, hepatite, chagas, tuberculose, meningite, outros)? Especifique.									
02	Sofre de doença respiratória (enfisema, asma, bronquite, pneumonia, outros)? Especifique.									
03	Sofre de problemas ortopédicos (escoliose, cifose, artrose, fraturas, hérnia de disco) ou outro distúrbio ósseo ou de membros? Especifique									
04	Sofre de doença neurológica (derrame cerebral ou outros)? Especifique.									
05	Sofre de diabetes?									
06	Sofre de câncer (tumoração ou leucemia)? Especifique.									
07	Sofre de hérnia de qualquer natureza? Especifique.									
08	Sofre de doença cardíaca, vascular ou hipertensão arterial? Especifique.									
09	Sofre de alguma doença do aparelho urinário (rins, bexiga, próstata, uretra)?									
10	Sofre de algum distúrbio psiquiátrico, psicológico ou retardo físico/mental? Especifique.									
11	Sofre de doenças ginecológicas (cisto de ovário, endometriose, mioma, incontinência urinária, tumor de mama)? Especifique.									
12	Sofre de alguma doença reumatológica (reumatismo, artrite, outros)? Especifique.									
13	Sofre de seqüela de acidente, moléstia adquirida ou congênita? Especifique.									
14	Sofre de úlcera ou outras doenças do aparelho digestivo (fígado, vesícula biliar, intestinos, etc.)? Especifique.									
15	Tem indicação de submeter-se a alguma intervenção Especifique.									
16	Tem qualquer deficiência visual (catarata, glaucoma, miopia, outros) ou auditiva? Especifique.									
17	Faz uso de tratamento diferenciado: quimioterapia, corticoideterapia, radioterapia, fisioterapia, insulino terapia ou hemodiálise?									

3 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

18	Sofre de alguma doença não relacionada acima que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de exame ou tratamento? Especifique.									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

19	É fumante?									
20	Faz uso de marca-passo ou prótese cardíaca/ortopédica?									
21	Sofre de alcoolismo?									
22	É portador de abdômen em pêndulo, mama gigante e/ou alguma deformidade física? Especifique.									
23	Sofre de alguma doença não relacionada acima? Especifique.									
24	Especifique o seu peso e de seus dependentes (em Kg)									
25	Especifique a sua altura e de seus dependentes(formato m,cm)									

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos, especificar o item, proponente, motivo e data do evento

Item	Proponente	Data do Evento	Especificações

Declaro para os devidos fins e feitos que as informações de saúde relativas a mim e a meus dependentes foram espontaneamente feitas, estando ciente que nos termos da Lei Nº 9656/98 a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das carências/agravos poderá ser considerada como comportamento fraudulento, implicando na minha responsabilidade pelo pagamento de despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, e finalidade prevista na Lei.

Assinatura do Titular