

Nº de Registro da Operadora na ANS: 356107	Nº de Registro do Produto:
--	----------------------------

Nome do Contratante:	Nº do certificado:
----------------------	--------------------

Nome do Beneficiário ou, sendo menor ou incapaz do Responsável Legal (pai, mãe, tutor, curador, etc.):
--

A presente Declaração Saúde consiste no preenchimento de um formulário para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que a V. Sa e seus dependentes seja(m) portador(es) ou sofredor(es), e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação, com relação a si e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

Esta Declaração de Saúde é **individual** e refere-se sobre a saúde de um único “*Contratante*”. Deve ser preenchida de próprio punho, pelo próprio “*Contratante*” ou pelo responsável legal quando se tratar de menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz. **Esta “Declaração de Saúde” em hipótese alguma poderá ser preenchida à maquina.**

Em “Planos de Assistência a Saúde Individuais ou Familiares”, o preenchimento desta “Declaração de Saúde” é obrigatório para todos os contratantes ou dependentes.

Em “Planos de Assistência a Saúde Coletivos Empresariais”, o preenchimento desta “Declaração de Saúde” pode ser dispensado em determinadas situações específicas, conforme definidas no “Regulamento do Plano”

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 1- No preenchimento dessa declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
- 2- A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
- 3- Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, serão oferecidas duas opções:
 - a) Cobertura Parcial Temporária – o consumidor não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
 - b) Agravo – Acréscimo no preço mensal do plano para que o consumidor tenha direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.
- 4- 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 desta declaração. **ATÉ DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.**
- 5- 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.

Para efeito desta declaração de saúde apresentamos as seguintes definições:

“Doença ou Lesão Preexistente”: são aquelas que o CONTRATANTE ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor à época da contratação de plano privado de assistência à saúde.

“Cobertura Parcial Temporária”: período de até 24 (vinte e quatro) meses, estabelecido em contrato, durante o qual as doenças e lesões preexistentes declaradas pelo consumidor não têm cobertura integral, podendo, neste período, haver exclusão da cobertura de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS e internação em unidades de tratamento intensivo, assim consideradas aquelas que apresentem as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde.

“Agravado”: acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, oferecido ao consumidor como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes.

Fui orientado no preenchimento da presente declaração pelo Dr. _____ CRMnº _____

Assinatura do contratante ou responsável legal

Dispensou a orientação de profissional médico para preenchimento da presente declaração.

Assinatura do contratante ou responsável legal

Leia atentamente as questões que se seguem e preencha no local indicado.

Algumas questões pedem que o “CONTRATANTE” explique ou especifique suas repostas. Nesses casos, o “CONTRATANTE” deverá escrever a resposta, de próprio punho, no local indicado.

As informações serão analisadas em caráter confidencial pela Unimed Cruzeiro.

QUESTIONÁRIO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Para cada pergunta listada abaixo o “CONTRATANTE” deverá responder, no campo **RESPOSTAS**, **Sim** caso esteja ciente de que é portador da condição ou responder **Não**, caso esteja ciente de que não é portador da condição. Para todas as respostas afirmativas o “CONTRATANTE” deverá complementar preenchendo o campo **ESPECIFICAR**.

RESPONDA TODAS AS PERGUNTAS CONSCIENTEMENTE.

PERGUNTAS	Respostas: S= Sim N = Não				
	T	D1	D2	D3	D4
1 Já foi no passado <u>“Participante”</u> de qualquer <u>“Plano de Assistência à Saúde”</u> da UNIMED? Qual Plano? Quando cancelou? Porque cancelou? Especificar: _____					

2	Já participou de algum outro plano de Assistência à Saúde, ou seguro saúde? Qual, e por quanto tempo? Porque saiu? Quando saiu?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Especificar: _____	
3	No momento está fazendo algum tipo de tratamento de saúde? Qual(is)? Com que médico?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Especificar: _____	
4	Já foi internado? Em que hospital.? Por que?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Especificar: _____	
5	Possui ou já possuiu algum seguro de vida? Qual? Em qual empresa seguradora?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Especificar: _____	
6	Especifique. Já teve alguma proposta para adesão a plano ou seguro de vida, ou saúde, recusada? Por qual operadora?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Especificar: _____	
7	Já fez alguma cirurgia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Especificar: _____	
8	Já se submeteu a transfusão de sangue ou de seus derivados? Especifique.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Especificar: _____	
9	Já foi afastado por mais de 15 dias de suas atividades normais de trabalho? Quais os motivos? Quando isso aconteceu?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Especificar: _____	
10	Tem ganhado ou perdido peso nos últimos 12 meses? Por que?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Especificar: _____	
11	Pratica ou já praticou algum esporte, ou atividade física regular?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Especificar: _____	
12	Já foi ou é tabagista, ou seja, fuma? Quantos cigarros/dia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Especificar: _____	
13	Já foi ou é alcoólista?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Especificar: _____	
14	Já foi ou é dependente químico de outras drogas? Quais?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Especificar: _____	
15	Algum problema menstrual? Está grávida? Há quanto tempo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	Especificar: _____								
16	Nº de gestações: _____, sendo _____ cesarianas, _____ partos normais, _____ abortos. Ocorreram problemas em alguma delas?								
	Especificar: _____								
17	Peso e Altura?								
	Especificar: _____								
18	Sofre de alguma doença do sangue, como Anemias Adquiridas (Carencial, Hemolítica e Aplástica) ou Anemias Hereditárias (Talassemia e Falsiforme), leucemia, purpura ou outra?								
	Especificar: _____								
19	Sofre de algum distúrbio do sono, como Apnéia do Sono ou outra?								
	Especificar: _____								
20	Sofre de alguma doença das articulações, como Artrose, Tendinite, luxação, lesões de ligamentos, fraturas, gota ou outra?								
	Especificar: _____								
21	Sofre de alguma doença dos rins, como Calculose, nefrite, Insuficiência Renal, Necessidade de Transplante, Rim Transplantado ou outra?								
	Especificar: _____								
22	Sofre de alguma doença dos olhos, como Catarata, Estrabismo, Glaucoma, Lesão de Córnea, Miopia, Hipermetropia, Astigmatismo, Presbiopia, Pterígio, Necessidade de Transplante, Córnea, deslocamento de retina, toxoplasmose?								
	Especificar: _____								
23	Sofre de alguma Colagenose, como Lúpus, Esclerodermia, Polidermatomiosite, Artrite Reumatóide, Vasculites ou outra?								
	Especificar: _____								
24	Sofre de Diabetes? Ha quanto tempo? Toma insulina ou outros medicamentos?								
	Especificar: _____								
25	Sofre de alguma doença da boca, ou das Glândulas Salivares, Maxilares ou outra?								
	Especificar: _____								
26	Sofre de alguma doença da Coluna (Cervical, Dorsal, Lombo-Sacra e Coccígea, hérnia de disco, problemas no nervo ciático) ou outra?								
	Especificar: _____								
27	Sofre de alguma doença das Artérias (aneurisma, obstruções das artérias) ou outra?								
	Especificar: _____								
28	Sofre de alguma doença do coração (congenita, angina, infarto, vascular, arritmias, doença das valvulas, miocardite) ou outra?								
	Especificar: _____								

29	Sofre de alguma doença do aparelho digestivo, como Cirrose Hepática, Hepatite, Calculose de Vesícula, Pancreatite, Enterites, Colites, Gastrites, Úlceras, Hemorroidas, hérnia de hiato, diverticulite, pólipos, doença de crohn ou outra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar: _____								
30	Sofre de alguma doença dos ouvidos e mastóides, como Surdez, Otite Crônica, nariz , garganta, desvio do sépto, pólipos de cordas vocais, labirintite, sinusite, renite ou outra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar: _____								
31	Sofre de alguma doença do sistema nervoso, como Mal de Parkinson, Doença de Alzheimer, Epilepsia, derrame (AVC com ou sem seqüela), Tumores, Paralisia, Meningite, convulsões ou outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar: _____								
34	Sofre de alguma doença dos órgãos genitais, ou da Próstata (masculino), endometriose e mamas (feminino), cisto de ovário, mioma, Incontinência Urinária ou outra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar: _____								
32	Sofre de alguma doença dos ossos, como Osteoporose, Sequelas de Fraturas ou outra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar: _____								
36	Sofre de alguma doença dos pulmões, como bronquite crônica, Asma, Enfisema, Tuberculose ou outra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar: _____								
37	Sofre de algum tipo de hérnia, como Inguinal, de Hiato, Umbelical, Incisional, Epigástrica ou outra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar: _____								
38	Sofre de hipertensão arterial e DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gravidez)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar: _____								
39	Sofre de alguma doença de pele, como Tumores, Manchas ou outra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar: _____								
40	Sofre de alguma deficiência física, por Malformação Congênita, acidente ou doença?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar: _____								
41	Sofre de algum tipo de câncer (Neoplasia Maligna ou Benigna)? Faz tratamento? Há quanto tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar: _____								
42	Está em tratamento para obesidade? Qual? Há quanto tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar: _____								
43	Sofre de alguma doença muscular, como Miastenia Gravis ou outra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar: _____								

44	É portador do vírus HIV (Vírus da AIDS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar: _____						
45	Sofre de alguma doença das glândulas endócrinas, como Tireóide, Paratireóide, Hipófise ou Suprarenal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar: _____						
46	Sofre de alguma doença das veias, como Varizes, Micro Varizes, Tromboses, Úlceras de Perna ou outra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar: _____						
47	Sofre de alguma doenças psiquiátricas: depressão, anorexia, bulimia, síndrome do pânico, esquizofrenia, psicoses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar: _____						
48	Sofre (u) de alguma doença, fez ou está fazendo tratamento não especificado acima que possa alterar o preenchimento desta Declaração de Saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especificar: _____						

Comentários e informações adicionais, a respeito das perguntas formuladas que o CONTRATANTE entende importante registrar.

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade, podendo a Unimed Cruzeiro considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas.

Declaro ainda, para os devidos efeitos, que as informações prestadas acima são verdadeiras e completas estando ciente de que se tiver omitido informações sobre a existência de "Doenças ou Lesões Preexistentes" da qual saiba ser portador no momento do preenchimento desta "Declaração de Saúde", desde que comprovada junto a ANS, acarretará a suspensão ou o cancelamento do "Contrato". Neste caso serei 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 UNIMED CRUZEIRO alegando a existência de "Doença ou Lesão Preexistente" não declarada.

Local e Data	Nome e Assinatura

Obs.: Todas as páginas desta "Declaração de Saúde" devem ser assinadas.

Assinatura do Contratante