

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nome do beneficiário titular: _____

Nome(s) do(s) Beneficiário(s) Dependente(s):

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

e) _____

SR. BENEFICIÁRIO, ANTES DE PREENCHER O FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE É INDISPENSÁVEL A LEITURA DAS DEFINIÇÕES E INFORMAÇÕES QUE SEGUEM:

DEFINIÇÕES:

I - Formulário de Declaração de Saúde - O presente formulário de declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) que são aquelas doença ou lesões que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento de 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 a diretrizes estabelecidas na RN 162/2007, e posteriores atualizações:

II - Cobertura Parcial Temporária (CPT) - No caso de existirem doenças e lesões pré-existentes, UNIMED CARUARU oferecerá ao Beneficiário a CPT que é a cobertura assistencial 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 à doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiários ou seu representante legal. Conforme descrito no art. 2º, II, da Resolução Normativa nº 162/2007 da ANS;

III - Agravo - Como alternativa à CPT, a Operadora pode oferecer o Agravo que é qualquer acréscimo 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 o prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a Operadora e beneficiário, conforme descrito no art. 2º, III, da Resolução Normativa nº 162/2007 da ANS.

INFORMAÇÕES

I - O beneficiário tem o direito de preencher o presente formulário da Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referendados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiários conforme descrito no art. 5º, § 1º, da Resolução Normativa nº 162/2007 da ANS 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 assumo o ônus financeiro dessa entrevista, conforme descrito no art. 5º, § 2º. da Resolução Normativa nº 162/2007 da ANS.

II - Ao não declarar as doenças e/ou lesões que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação Unimed Caruaru poderá:

1 - Suspeitar de omissão de informação e, neste caso, comunicará imediatamente ao beneficiário podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo Junto à ANS, denunciando, omissão a informação. Até decisão da ANS não haverá suspensão do contrato nem do atendimento.

2 - Comprovada pela ANS a omissão de informação pelo beneficiário, a UNIMED CARUARU poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada. Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato.

QUESTIONÁRIO A SER PREENCHIDO PELO PROPONENTE TITULAR, DE PRÓPRIO PUNHO, POR SI E PELO(S) DEPENDENTES		RESPONDA "SIM" (S) OU "NÃO" (N)				
		TIT	DEP A	DEP B	DEP C	DEP D
1	Doenças do Aparelho cardio-circulatório (pressão alta, angina, derrames, sopro cardíaco, outras)?					
2	Doenças das veias ou artérias (Varizes, trombose, hemórrodias, aneurisma, entre outras)?					
3	Doenças endócrinas ou metabólicas (diabetes, tireóide, obesidade mórbida, entre outras)?					
4	Doenças pulmonares (asma, bronquite, efisema, tuberculose, etc)?					
5	Doenças do aparelho digestivo (esôfago, estômago, fígado, vesícula biliar, pâncreas, intestinos) como colite, doença de vesícula biliar, gastrite, úlcera, refluxo gastro-esofágico, entre outras?					
6	Hérnias (hiato, inguinal, umbilical, entre outras)?					
7	Doenças renais ou de bexiga (cálculos, infecção dos rins, nefrites, entre outras)?					
8	Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, testículos, pênis)?					
9	Doenças ginecológicas e das mamas (períneo, nódulo de mama, cisto de ovário, mioma, endometriose, entres outras)?					
10	Portador do vírus HIV (AIDS)?					
11	Doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, entre outra)?					
12	Doenças ou tumorações malignas (câncer) ou benignas?					
13	Doenças reumáticas ou colagenoses (artrite, febre reumática, lúpus, entre outras)?					
14	Doenças neurológicas (epilepsia, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, esclerose múltipla, AVC, enxaquace, etc)?					
15	Doenças da pele (psoríase, dermatites, alergias, etc)?					
16	Doenças infecto-contagiosas (hepatite, tuberculos, etc)?					
17	Problemas ortopédicos (artrose, hérnia de disco, fraturas, osteoporose, etc)?					
18	Doenças ou má formação congênitas ou hereditárias?					
19	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, problemas ou alterações de retina, etc)?					
20	Doenças dos ouvidos, nariz ou garganta (diminuição da audição, pólipos, tumores, desvio de septo, problemas de adenoides, etc)?					

Declaro para os devidos fins que as informações prestadas na Declaração de Saúde, relativas a mim e a meus dependentes, foram espontaneamente feitas de próprio punho, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade por elas. Estou ciente que a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das coberturas, poderá ser considerado como comportamento fraudulento, poderá implicar na rescisão do contrato, além de estar obrigado a arcar com os custos dos atendimentos obtidos em relação a cirurgia, uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, líquida a DLP. Comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, a enviar as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde e de meus dependentes, resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-a de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

Tenho ciência de que poderei ser convocado, e/ou meus dependentes, para realização de qualquer exame ou perícia, após avaliação da Declaração de Saúde ou Entrevista Qualificada.

Este campo é destinado a comentários e informações a respeito das questões formuladas que você ache importante registrar.

DECLARO QUE FUI ORIENTADO POR MÉDICO: <input type="checkbox"/> DA OPERADORA <input type="checkbox"/> PARTICULAR	DECLARAÇÃO DO MÉDICO: <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">Assinatura/Nome/CRM</p>
<input type="checkbox"/> DECLARO QUE DISPENSEI A ORIENTAÇÃO DE UM PROFISSIONAL MÉDICO	

Declaro que recebi uma via da respectiva declaração de saúde:

Caruaru, _____ de _____ de _____

Assinatura do beneficiário
Titular ou responsável

CPF _____

Rubrica TITULAR

Rubrica DEP A

Rubrica DEP B

Rubrica DEP C

Rubrica DEP D