

## Nome do Beneficiário:

Declaro para os devidos fins que as informações prestadas nesta Declaração de Saúde, foram espontaneamente feitas do meu próprio punho, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas. Comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo expressamente e desde logo que médicos, clínicas e quaisquer entidades de saúde, públicas ou privadas, enviem à UNIMED as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde e de meus dependentes, bem como resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que impliquem em ofensa ao sigilo profissional.

## 01 - Declaração de Saúde

| Item | Responda as questões abaixo, assinalando com (S) as respostas afirmativas e (N) para negativas.                                                                                                  | Resposta |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 01   | Sofre(u) de alguma doença infecto-contagiosa (Hepatite, Chagas, Tuberculose, Meningite, Outros)? Especifique.                                                                                    |          |
| 02   | Sofre(u) de doença respiratória (Enfisema, Asma, Bronquite, Pneumonia, Sinusite, entre outras)? Especifique.                                                                                     |          |
| 03   | Sofre(u) de problemas ortopédicos (Escoliose, Cifose, Artrose, Fraturas, Hérnia de Disco) ou outro distúrbio ósseo de membros? Especifique.                                                      |          |
| 04   | Sofre(u) de doença neurológica (Epilepsia, Paralisia Cerebral, Parkinson, Alzheimer, Esclerose Múltipla, Derrame Cerebral ou outros)? Especifique.                                               |          |
| 05   | Sofre(u) de doenças endócrinas ou metabólicas (Diabetes, Tireoide, Hiperidrose entre outras)? Especifique.                                                                                       |          |
| 06   | Sofre(u) de câncer de qualquer natureza ou tumores benignos? Especifique.                                                                                                                        |          |
| 07   | Sofre(u) de hérnia de qualquer natureza? Especifique.                                                                                                                                            |          |
| 08   | Sofre(u) de doença Córdio-circulatória (pressão alta, angina, infarto, derrames, varizes, outras)? Especifique.                                                                                  |          |
| 09   | Sofre(u) de doenças renais ou da bexiga (cálculos, cistite, nefrites, insuficiência renal, entre outras)? Especifique.                                                                           |          |
| 10   | Sofre(u) de doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, testículos, pênis, entre outras)? Especifique.                                                                                     |          |
| 11   | Sofre(u) de algum distúrbio psiquiátrico, psicológico ou retardo físico/mental (depressão, pânico, psicose, esquizofrenia, neurose, retardo mental, entre outras)? Especifique.                  |          |
| 12   | Sofre(u) de doenças ginecológicas e mamas (amenorreia, períneo, nódulo na mama, cisto de ovário, endometriose, mioma, entre outras)? Especifique.                                                |          |
| 13   | Sofre(u) de alguma doença reumatológica ou colagenoses (Artrite, febre reumática, esclerodermia, lúpus, entre outros)? Especifique.                                                              |          |
| 14   | Sofre(u) de sequela de acidente, de cirurgia, moléstia adquirida ou congênita? Especifique.                                                                                                      |          |
| 15   | Sofre(u) de úlcera ou outras doenças do aparelho digestivo (boca, esôfago, estômago, fígado, vesícula biliar, pâncreas, intestinos, etc.)? Especifique.                                          |          |
| 16   | Tem indicação médica recomendando a realização de alguma cirurgia? Especifique.                                                                                                                  |          |
| 17   | Foi submetido a alguma cirurgia estética? Especifique.                                                                                                                                           |          |
| 18   | Sofre(u) de alguma doença nos olhos (Astigmatismo, hipermetropia, estrabismo, ceratocone, catarata, Glaucoma, miopia, presbiopia, problemas ou alterações na retina, entre outros)? Especifique. |          |
| 19   | Sofre(u) de alguma doença nos ouvidos, nariz ou garganta (diminuição da audição, pólipos, tumores, desvio septo, problemas de adenoides e amígdalas, entre outros)? Especifique.                 |          |
| 20   | Sofre(u) de alguma das doenças do sangue (anemia, leucemia, linfoma, hemofilia, entre outras) Especifique                                                                                        |          |
| 21   | Sofre(u) de alguma das doenças da pele (psoríase, dermatite, vitiligo, entre outras)? Especifique                                                                                                |          |
| 22   | Realiza ou realizou tratamento de quimioterapia ou radioterapia?                                                                                                                                 |          |
| 23   | Necessita ou necessitou efetuar tratamento de diálise ou hemodiálise?                                                                                                                            |          |
| 24   | Sofre(u) de alguma doença não relacionada acima que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de exame ou tratamento? Especifique.                                              |          |
| 25   | Faz (fez) uso de marca-passo, órtese ou prótese (cardíaca, ortopédica, etc.)?                                                                                                                    |          |
| 26   | É portador de abdômen em pêndulo, mama gigante e/ou alguma deformidade física?                                                                                                                   |          |
| 27   | Já utilizou algum hospital para internação? Por quê? Cite o nome do Hospital e a época.                                                                                                          |          |
| 28   | Qual o seu peso atual? Qual a sua altura? Índice de massa corpórea - IMC:                                                                                                                        |          |
| 29   | Sofre(u) de obesidade?                                                                                                                                                                           |          |
| 30   | Cite o nome de algum médico, que lhe tenha tratado de alguma das doenças relacionadas nos itens 01 e 27.                                                                                         |          |

# Declaração de Saúde

Em caso de resposta afirmativa para qualquer um dos campos acima, citar o item, especificar a data do evento e o detalhamento.

| Item | Data do Evento | Detalhamento |
|------|----------------|--------------|
|      |                |              |
|      |                |              |
|      |                |              |
|      |                |              |
|      |                |              |
|      |                |              |
|      |                |              |
|      |                |              |

Com base nas respostas afirmativas da presente declaração de saúde, caracterizando assim lesão ou doença preexistente, fica estabelecida as COBERTURAS PARCIAIS TEMPORÁRIAS estabelecidas no Termo de Adesão, nos termos no Artigo 11 da Lei Federal n.º 9.656/98 e de acordo com a Resolução Normativa da ANS n.º 162/07.

## ESCLARECIMENTOS:

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 livre escolha, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade, conforme estabelecido no artigo 5º, §§ 1º e 2º desta Resolução.

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.

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 a 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 a rescisão 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.

## DEFINIÇÕES, conforme estabelecido pela ANS em Resolução Normativa n.º 162/07:

A) 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.

B) Agravo: 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.

Doença ou Lesão Preexistente declarada: \_\_\_\_\_

Cobertura Parcial Temporária: ( ) SIM ou ( ) NÃO

**SE O BENEFICIÁRIO TITULAR OPTAR POR UM MÉDICO ORIENTADOR NÃO REFERENCIADO, A DESPESA SERÁ DE RESPONSABILIDADE DO CONTRATANTE, E SEM DIREITO À RESTITUIÇÃO.**

( ) Médico Referenciado ou ( ) Médico Particular ou ( ) Beneficiário dispensou a presença do médico orientador

Declaração do Médico Orientador: \_\_\_\_\_

Local e data da Declaração

Assinatura / Nome e CRM

Local e data da Declaração

Assinatura do Beneficiário (ou Responsável, se menor de idade)