

INFORMAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO:

1. A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes, como sendo aquelas que o proponente beneficiário tenha conhecimento no momento da assinatura do Contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes. Deverá, portanto, marcar de próprio punho, sim ou não, na relação das doenças apontadas neste documento, para si ou para qualquer de seus dependentes, se sofre ou sofreu de algumas delas, bem como outras não apontadas.
2. No preenchimento desta declaração de saúde, o proponente beneficiário tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela contratada ou por um de sua confiança, sendo que, neste caso, as despesas com honorários médicos serão de sua responsabilidade.
3. Declarando o proponente beneficiário, para si ou para seu(s) dependente(s), doença ou lesão preexistente, oferece-lhe a contratada neste momento, **CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA**: o proponente beneficiário não terá direito a cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e aos procedimentos de alta complexidade, definidos pela ANS, relacionados a doença ou lesão preexistente declarada, por um período máxima de 24 (vinte e quatro) meses.
4. Não poderá haver suspensão do atendimento e do Contrato do proponente beneficiário, para doenças ou lesões preexistentes por este, não declaradas, até que a contratada apresente as provas concretas junto à ANS de que o proponente beneficiário omitiu a declaração de doença ou lesão preexistente no preenchimento da Declaração de Saúde.
5. A omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o proponente beneficiário saiba ser portador ou sofrendor no momento do preenchimento da Declaração de Saúde, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do Contrato. Nesse caso, o proponente beneficiário será responsável pelo pagamento integral das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da Contratada alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Os campos abaixo deverão ser preenchidos com **S (SIM)** ou **N (NÃO)**

Itens	Titular	1º Dep	2º Dep	3º Dep	4º Dep
01. Aparelho digestivo: úlcera, gastrite, vesícula, intestino, cirrose e outras.					
02. Ortopédicas: osteoporose, hérnia de disco, deformidade óssea e outras.					
03. Neurológicas: convulsões, enxaqueca, Parkinson, paralisia e outras.					
04. Vasculares: derrame, aneurisma, úlcera varicosa, varizes e outras.					
05. Cardiológicas: hipertensão arterial, infarto, angina, insuficiência cardíaca e outras.					
06. Endocrinológicas: diabetes, tireóide, ovário, obesidade e outras.					
07. Hematológicas (sangue): leucemia, anemia, hemofilia, linfoma e outras.					
08. Gêrito-urinárias: varicocele, doença nos rins e pedra, próstata e outras.					
09. Otorrinolaringológicas: rinite, sinusite, a amígdalas, audição e outras.					
10. Pulmonares: crônicas, enfisema, tuberculose, asma, bronquite e outras.					
11. Ginecológicas e Mamárias: cistos, mioma, displasia, nódulos e outras.					
12. Câncer ou Tumor: qualquer tipo.					
13. Oftalmológicas: cataratas, glaucoma, miopia, estrabismo, pterígio e outras.					
14. Proctológicas: fissuras, hemorroidas, pólipos, prolapso retal e outras.					
15. Congênitas: cardíacas, neurológicas, ortopédicas, deformidades e outras.					
16. Infecto-contagiosas: AIDS, hepatite, sífilis, herpes, hanseníase e outras.					
17. Psiquiátricas: esquizofrenia, neurose, depressão, psicose, demência e outras.					
18. Reumatológicas: artrite, gota, artrose, reumatismo, lupus e outras.					
19. Cirúrgicas: hérnias, ortopédicas, fistulas, cicatrizes, partos e outras.					
20. Dermatológicas: cistos, sinais e outras.					
21. Outras doenças não citadas acima.					

Se a resposta algum item acima for **SIM** para qualquer um dos proponentes responder especificando o item, código e o nome do beneficiário do proponente no quadro completar abaixo com seus devidos esclarecimentos.

Item	Código	Nome do beneficiário	Esclarecimentos

Havendo declaração ou identificação de doença ou lesão preexistente o proponente cumprirá **CPT**, que consiste na suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e aos procedimentos de alta complexidade, exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas ou identificadas. A suspensão da cobertura será por um período ininterrupto de 24 meses, a partir da data de adesão ao plano.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

1. Eu, proponente beneficiário, para o preenchimento desta Declaração de Saúde:

() Dispensei o acompanhamento do "médico orientador";

() Solicitei o acompanhamento do "médico orientador"

Nome do médico: _____

CRM nº: _____

Assinatura do médico: _____

2. Declaro que preenchi de próprio punho esta declaração assumo total responsabilidade pelas informações nela relatadas, sobre a minha pessoa e a dos meus dependentes.

3. Comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o proponente beneficiário entenda que é importante registrar:

4. Declaro que estou ciente da cobertura parcial temporária para procedimentos relacionados às doenças acima declaradas, por período de 24 meses da adesão ao plano.

5. Autorizo que médicos, clínicos e/ou hospitais prestem informações sobre meu estado de saúde ou moléstias que eu possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultado de exames e tratamentos, isentando-os de qualquer responsabilidade que impliquem em ofensa ao sigilo profissional.

Local: _____ Data: _____ / _____ / _____

Titular responsável: _____ Assinatura: _____

Representante autorizado: _____ Vendedor: _____ Cód.: _____ Ass. do Vendedor: _____