

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

DESCRIÇÃO	Titular		1°Dependente		2°Dependente		3°Dependente		4°Dependente	
	SIM (S)	NÃO (N)	SIM (S)	NÃO (N)	SIM (S)	NÃO (N)	SIM (S)	NÃO (N)	SIM (S)	NÃO (N)
1 - Encontra-se atualmente em algum tratamento médico? Em sistema público ou privado?										
2 - Tem ou teve doença cardíaco-vascular (angina, infarto, pressão alta, sopro, válvula, varizes, trombose entre outras)?										
3 - Tem ou teve doenças infecto contagiosas (AIDS, hepatite, meningite, esquistossomose entre outras)?										
4 - Tem doenças ou malformação congênitas ou hereditárias?										
5 - Tem ou teve doenças ginecológicas e de mamas (cisto de ovários, mioma, endometriose, cisto de mama entre outras)?										
6 - Tem ou teve alguma doença respiratória (enfisema pulmonar, asma, pneumonia, bronquite, tuberculose, entre outras)?										
7 - Tem ou teve problema na garganta, ouvido ou nariz (desvio de septo, sinusite, amigdalite, diminuição da audição, entre outras)?										
8 - Tem ou teve alguma doença nos olhos (catarata, glaucoma, miopia, estrabismo)?										
9 - Tem ou teve doença do aparelho digestivo (vesícula, fígado, intestino) tais como (úlcera, gastrite, pedra na vesícula e outras)?										
10 - Tem ou teve doenças neurológicas (epilepsia, Parkinson, Alzheimer entre outras)?										
11 - Tem ou teve algum distúrbio psicológico ou psiquiátrico?										
12 - Tem ou teve tumores (câncer, leucemia, carcinomas)?										
13 - Tem ou teve doenças do aparelho urinário (rins, bexiga, próstata), como (insuficiência renal, pedra no rim, entre outras)?										
14 - Tem ou teve doenças reumatológicas (artrite, reumatismo, entre outras)?										
15 - Tem problemas ortopédicos (hérnia de disco, fraturas, escoliose, artrose, entre outras)?										
16 - Tem ou teve diabetes, alteração de tireóide entre outros?										
17 - Faz uso habitual de algum medicamento no momento ou anteriormente?										
18 - Tem sequela de algum acidente?										
19 - Esta grávida ou em atraso menstrual?										
20 - É ou foi fumante, outros hábitos pessoais?										
21 - Tem ou teve alguma dependência química (álcool, drogas, entre outras)?										
22 - Acidentes de trabalho?										
23 - Antecedente familiar: diabetes, hipertensão arterial, doenças cardíacas, pulmonares, epilepsia, câncer, entre outras)?										
24 - Cirurgias ou internações clínica indicada?										
25 - Doenças dermatológicas?										
29 - Tem ou teve alguma doença ou problemas não citados nos itens acima?										

Se a resposta a algum item acima for SIM para qualquer um dos procedimentos, esclarecer no campo abaixo.

Item	Proponente	Data do Evento	Esclarecimento

**Complemento**

	Titular	1°Dependente	2°Dependente	3°Dependente	4°Dependente
Peso					
Altura					
IMC Formula (Peso/Altura²)					

1 - No preenchimento desta 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

☐ médico da operadora      ☐ médico particular      ☐ Sem orientação médica

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 alta complexidade - PAC, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia (UTI) relacionada a doenças 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 o prazo de carência contratual.

☐ Agravo      ☐ C.P.T.

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 a 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 omitidas, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistentes não declarados.