



DECLARAÇÃO DE SAÚDE

REFERENTE À PROPOSTA DE ADMISSÃO Nº

Esta declaração é parte integrante do contrato que ora se assina, válida para todos os usuários indicados na PROPOSTA DE ADMISSÃO. Para fins de pleno esclarecimento, seguem abaixo as seguintes DEFINIÇÕES:

1) Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa 162 da ANS;

2) Cobertura Parcial Temporária (CPT) é 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;

3) Agravos é 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.

O beneficiário deve informar à contratada, por meio desta Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

Informações Adicionais:

a) O beneficiário tem o direito de preencher esta Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus;

b) 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.

c) O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

01. DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Item	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para as respostas afirmativas e (N) para negativas.	Titular	Dependentes							
			1	2	3	4	5	6	7	8
	INFORME SE É PORTADOR DE:	N								
01	Doenças infecto-contagiosas (aids, hepatite, tuberculose, meningite, outros). Especifique.	N								
02	Doenças respiratórias (enfisema, asma, bronquite, pneumonia de repetição, outros). Especifique.	N								
03	Doenças ortopédicas (escoliose, hérnia de disco, artrose, deformidade óssea, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, fraturas de repetição) ou outro distúrbio ósseo ou de membros. Especifique.	N								
04	Doenças de sistema nervoso e cerebrovasculares (derrame, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia ou outras).	N								
05	Doenças endócrinas ou metabólicas (diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, outras). Especifique.	N								
06	Doenças ou tumorações malignas (leucemias, mielomas, carcinomas, melanomas, linfomas, outros). Especifique.	N								
07	Hérnias (inguinais, umbilicais, incisional, outras). Especifique.	N								
08	Doenças cardiocirculatórias (angina, infarto, pressão alta, arritmias, doenças congênitas, cirurgias cardíacas anteriores, outras). Especifique.	N								
09	Doenças de veias e artérias (varizes, aneurismas, trombose, má circulação, outras). Especifique.	N								


ASSINATURA DO TITULAR

10	Doenças do aparelho urinário (cálculos, infecção nos rins, insuficiência renal, cistite, uretrite outras). Especifique.	N								
11	Doenças do aparelho digestivo (cálculos de vesícula, doenças do fígado, doenças do intestino, úlcera de estômago e outras). Especifique.	N								
12	Doenças ginecológicas e da mama (mioma, cisto de ovário, endometriose, incontinência urinária, nódulos mamários, rotura de períneo, outras). Especifique.	N								
13	Doenças dos órgãos genitais masculinos (hidrocele, fimose, criptorquídia, doenças da próstata, outras). Especifique.	N								
14	Doenças do colágeno e auto-imunes (lupus eritematoso, esclerose múltipla, artrite reumatóide, outras).	N								
15	Doenças do sangue ou imunológicas (anemias, púrpuras, talassemia, outras). Especifique.	N								
16	Doenças do ouvido, nariz e garganta (diminuição da audição. otites, desvio de septo, sinusites, amigdalites).	N								
17	Doenças oftalmológicas ou alterações de refração (catarata, glaucoma, miopia, ceratocórnea, outras). Especifique.	N								
18	Doenças e transtornos mentais ou psiquiátricos (depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, retardo mental, ou uso de drogas como álcool, opiáceos, maconha, cocaína, LSD e outras). Especifique.	N								
19	Doenças congênitas e ou hereditárias (síndrome de Down, polidactília, outras). Especifique.	N								
20	Obesidade mórbida.	N								

02. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

[illegible]

Indique no quadro abaixo seu peso, altura e de seus dependentes.

DEPENDENTES

[illegible]^a IMC = $\text{Peso}/(\text{Altura} \times \text{Altura})$

Atenção: Nos casos em que o IMC (Índice de Massa Corpórea) for igual ou superior a 30 (trinta), será necessária a realização de exame pré-admissional antes da inclusão do usuário no plano de saúde.

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos, especificar o item, proponente, motivo e data do evento.

[illegible]

ASSINATURA DO TITULAR

03									
CPF		RG							
Nome da mãe									
Naturalidade (Local de Nascimento):									
04									
CPF		RG							
Nome da mãe									
Naturalidade (Local de Nascimento):									
05									
CPF		RG							
Nome da mãe									
Naturalidade (Local de Nascimento):									

VALOR DO PLANO DOS DEPENDENTES

VALOR DO PLANO DO TITULAR

TOTAL GERAL DO CONTRATO

ANOTAÇÕES: _____

Data de inclusão: ____/____/____

ASSINATURA DO VENDEADOR

NOME DO VENDEADOR

Hm Cy 2g
 ASSINATURA DO TITULAR
 (OU RESPONSÁVEL, CASO O TITULAR SEJA MENOR DE 18 ANOS)

- Para o Plano Segmentação Referência, o atendimento de urgência/emergência decorrente de doenças e lesões preexistentes, ainda no período de cumprimento de carência, de acordo com a Resolução CONSU nº 13, estará limitado às primeiras 12 (doze) horas, em ambiente ambulatorial. Decorrido esse prazo, ou a partir da necessidade de internação, cessa a cobertura e a responsabilidade da UNIMED, ficando a cargo do usuário ou seu responsável o ônus posterior às 12 horas.
- Para os demais planos oferecidos, o atendimento de urgência/emergência, ainda em cumprimento de período de carência, de acordo com a Resolução CONSU nº 13, estará limitado às primeiras 12 (doze) horas, em ambiente ambulatorial. Decorrido esse prazo ou a partir da necessidade de internação, cessa a cobertura e a responsabilidade da UNIMED, ficando a cargo do usuário ou seu responsável o ônus posterior às 12 horas.
- LIMITAÇÃO PARA TRATAMENTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS.
- Nenhum contrato da UNIMED, conforme orientação do art. 10 da Lei nº 9.656/98, oferece, sob nenhuma condição, inclusive reembolso, a utilização ou opção de utilização de medicamentos importados.
- Não haverá cobertura para materiais (inclusive órteses, próteses, stents e afins) importados. Todos os materiais e medicamentos utilizados nos atendimentos clínicos, ambulatoriais e cirúrgicos, devem ser, obrigatoriamente, de procedência nacional, registrados e autorizados pelo Ministério da Saúde e ANVISA, assegurando, assim, a sua respectiva procedência e garantia de qualidade.

NOME(S) DO(S) USUÁRIO(S) COM CARÊNCIAS A CUMPRIR.

My Ch Q
Assinatura do responsável e/ou titular.

CPF: 05397333529

RG: 1517207460

EMPRESA CONTRATANTE: _____

UNIMED Salvador