

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Conforme o disposto no art. 11 da Lei 9656/98, que dispõe sobre os planos de assistência à saúde, a Unimed Cuiabá – MT, elaborou a presente declaração de saúde que será respondida pelo proponente à contratação de plano de saúde, ou seu representante legal, com o fim específico de compor parte integrante fundamental do contrato de assistência médica.

O beneficiário deverá utilizar a declaração de saúde para informar a Unimed Cuiabá – MT se é portador de doenças ou lesões preexistentes. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o beneficiário saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o beneficiário será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida.

Esta declaração de saúde deverá ser preenchida de próprio punho pelo cliente titular, dependentes e agregados maiores de 18 anos ou seu representante legal.

### 1 – DADOS DO CONTRATANTE

Nome do Plano UNIMED FACIL	Código do contrato 667538	<input type="checkbox"/> Particular <input checked="" type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Contrato Novo <input type="checkbox"/> Empresarial <input type="checkbox"/> Adaptação <input type="checkbox"/> Transferência
Nome Contratante (Se Empresarial - Nome da Empresa) ANCAR CENTRO OESTE ESTACIONAMENTOS LTDA		CNPJ/CPF 122331808000194

### 2 – TITULAR

Nome	Idade	Sexo	Data Nasc.	CPF

### 3 – SE DEPENDENTE

Nome	Idade	Sexo	Data Nasc.	CPF

A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o beneficiário contratante tenha conhecimento, no momento da assinatura do contrato em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

No preenchimento desta declaração, o beneficiário tem a opção de:

- ( ) Ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora;  
( ) Ser orientado por um médico de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade  
( ) Dispensou a presença do médico orientador

Relacione abaixo tudo o que for do seu conhecimento sobre as doenças que tem conhecimento ou saiba ser portador

Precisa fazer algum tratamento clínico ou cirúrgico? _____ Quando? _____ Qual o motivo? _____
---

### 4 - HISTÓRICO ATUAL

Altura (Cm)	Peso (Kg)	IMC	pressão arterial?	Taxa Glicose

### 5 - CONDIÇÕES GERAIS DE SAÚDE

PERGUNTAS	
Responda com clareza os questionamentos abaixo, assinalando no quadro ao lado, com "SIM" ou "NÃO", conforme o caso.	
Possui alguma deficiência física? Qual?	
Possui alguma deficiência mental? Qual?	
Está sob tratamento psiquiátrico?	
Tem alguma deficiência visual? ( ) catarata ( ) Glaucoma ( ) Estrabismo ( ) Miopia – Informe o grau _____ ( ) Astigmatismo – Informe o grau _____ ( ) Hipermetropia – Informe o grau _____ ( ) outro(s) Qual(is)? _____	
Tem alguma doença no coração e/ou do aparelho circulatório? ( ) Angina ( ) Sopros ( ) Infarto do Miocárdio ( ) Arritmia cardíaca ( ) Insuficiência cardíaca ( ) Hipertensão arterial. ( ) Febre reumática ( ) Acidente vascular cerebral – derrame ( ) Varizes de membros inferiores ( ) Hemorroidas ( ) outra(s) Qual(is)? _____	
Tem doenças do aparelho respiratório? ( ) asma ( ) bronquite ( ) Rinite ( ) Sinusite ( ) Pneumonia ( ) Enfisema ( ) desvio do septo nasal ( ) outra (s) Qual (is)? _____	
Tem doenças osteomusculares? ( ) Artrite ( ) Artrose ( ) Osteoporose ( ) Reumatismo ( ) Escoliose ( ) Hérnia de disco ( ) Osteomielite ( ) outro(s). Qual(is)? _____	
Tem alguma fratura de ossos? Qual(is)? _____	
Possui algum tipo de prótese ou órtese? (placas, pinos, parafusos, marca-passos, válvula, outros) Qual(is)? _____	
Faz radioterapia?	
Faz quimioterapia?	
Faz hemodiálise ou diálise peritoneal. Especifique.	
Tem alguma doença do aparelho digestivo? ( ) Úlcera péptica ( ) Gastrite ( ) Hérnia – Especifique, local _____ ( ) Doença diverticular do intestino ( ) Cirrose hepática ( ) Colite ( ) Colelitíase – Cálculo da vesícula ( ) outra(s) Qual (is)? _____	
Tem doenças do aparelho genito urinário? ( ) Insuficiência renal ( ) Cálculo urinário ( ) Incontinência urinária ( ) Infertilidade ( ) Nefrite ( ) Outro(s). Qual(is)? _____	

Tem alguma doença endócrina? ( ) diabetes ou açúcar no sangue elevado? (glicose elevada) ( ) Tireóide ( ) Emagrecimento acentuado ( ) Outro(s) Qual(is)?	
Tem alguma doença transmissível? ( ) Doença ( ) Sífilis ( ) Tuberculose ( ) AIDS ( ) Hepatite ( ) Meningite ( ) Hanseníase ( ) Outro(s) Qual(is)?	
Tem doenças do sistema nervoso? ( ) Parkinson ( ) Alzheimer ( ) Epilepsia ( ) Paralisia Cerebral ( ) Outro(s) Qual(is)?	
Tem neoplasia maligna (câncer)?	
Tem alguma doença do sangue? ( ) Anemia ( ) Púrpura ( ) Hemofilia ( ) outro(s) Qual(is)?	
Tem doenças do ouvido? ( ) Labirintite ( ) Perda de audição ( ) Outro(s) Qual(is)?	
Tem doenças da pele? ( ) Verrugas ( ) Nevos ( ) Quelóide ( ) "Caroços" ( ) Karatolama ( ) Ciclos ( ) Colos ( ) Tatagem ( ) Outro(s) Qual(is)?	
Tem alguma mal formação congênita (doenças de nascença)? Qual(is)?	
Sobra de seqüelas de acidente, moléstia adquirida ou congênita? Qual(is)?	
Mulheres: D.U.M (Data da Última Menstruação) ____/____/____ Está grávida? ____ Tem alguma doença ginecológica? ____ ( ) Transtornos menstruais ( ) Endometriose ( ) Útero (mioma) ( ) Nódulo de mama ( ) outro(s) Qual(is)?	
Homem: Tem alguma doença urológica? ( ) Hipertrofia da próstata ( ) Fimose ( ) outro(s) Qual(is)?	

Declaro abaixo as opções escolhidas no ato da contratação:

- ( ) Com doença ou lesão preexistente (DLP)  
 ( ) Sem doença ou lesão preexistente (SLP)

Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, são oferecidas duas opções:

( ) Cobertura parcial temporária – o beneficiário contratante, e seus dependentes, não terão direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

( ) Agravo – acréscimo no preço mensal do plano para que o beneficiário contratante, e seus dependentes, tenham direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.

Declaro que prestei as informações solicitadas nesta "Declaração de Saúde" usando de toda a fidelidade e reconheço como verdadeiras as anotações contidas acima, não existindo qualquer dúvida de minha parte. Conheço as patologias de que sou portador e, baseado no Código de Ética Médica e Código Penal Brasileiro, autorizo a divulgação contida nesta avaliação médica para ingresso em plano de saúde, com a finalidade específica de levantar a preexistência de doenças ou lesões.

Para comprovação das declarações prestadas, autorizo antecipadamente o(s) médico(s) que venha(m) me assistir a prestar informações sobre meu estado de saúde, e a proceder às verificações clínicas e laboratoriais pertinentes, bem como autorizo o Plano a requerer informações em clínicas, laboratórios, hospitais ou quaisquer outras entidades de saúde que tenham me prestado assistência, inclusive a acesso a prontuário médico-hospitalar. Autorizo, ainda os médicos, hospitais e/ou clínicas a fornecerem a UNIMED CUIABÁ-MT informações sobre exames, diagnósticos e tratamentos, sobre minha pessoa e de meus dependentes, quando incluídos no plano, inclusive os relativos à AIDS.

#### PARECER DO MÉDICO AO FINAL DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

CID	PATOLOGIA APRESENTADA

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Assinatura do Beneficiário ou  
De seu Representante Legal

Assinatura e Carimbo (com CRM)  
do Médico Avaliador