

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	Código do contrato	Particular Empresarial	Inclusão Adaptação	Contrato Novo Transferência
Nome Contratante (Se Empresarial - Nome da Empresa)		CNPJ / CPF		

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.

Relacione abaixo tudo o que for do seu conhecimento sobre seu passado pessoal de saúde e as doenças que tem conhecimento ou sabe ter sido portador

Já foi submetido à alguma cirurgia ?	Sim/Não	Quais?
Já esteve internado ?	Sim/Não	motivo (s) ?
Outras doenças e/ou enfermidades anteriores (descreva)		
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.

Já teve alguma doença profissional ou enfermidade provocada pelo trabalho? Qual(is)?	
Possui alguma deficiência física? Qual?	
Possui alguma deficiência mental? Qual?	
Já esteve sob tratamento psiquiátrico em algum período da sua vida?	
Tem alguma deficiência visual? () catarata () Glaucoma () Estrabismo () Miopia – Informar o grau__ () Astigmatismo – Informar o grau _____ () Hipermetropia – Informar o grau _____ () outro(s) – Qual(is)?	
Tem alguma doença no coração e/ou do aparelho circulatório? () Angina () Sopro () Infarto do Miocárdio () Arritmia cardíaca () Insuficiência cardíaca () Hipertensão arterial. () Febre reumática () Acidente vascular cerebral – derrame () Varizes de membros inferiores () Hemorróidas () outra(s) Qual(is)?	
Tem ou teve doenças do aparelho respiratório? () asma () bronquite () Renite () Sinusite () Pneumonia () Enfisema () desvio do septo nasal () outra (s) Qual (is)?	
Tem ou teve doenças osteomuscular? () Artrite () Artrose () Osteoporose () Reumatismo () Escoliose () Hérnia de disco () Osteomielite () outro(s). Qual(is)?	
Tem ou teve alguma fratura de ossos? Qual(is)?	
Possui algum tipo de prótese ou órtese? (placas, pinos, parafusos, marca-passo, válvula, outros) Qual(is)?	
Faz ou fez radioterapia?	
Faz ou fez quimioterapia?	
Faz ou fez hemodiálise ou diálise peritoneal. Especifique.	

Tem ou teve 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 ou teve doenças do aparelho genito urinário? () Insuficiência renal () Cálculo urinário () Incontinência urinária () Infertilidade () Nefrite () Outro(s). Qual(is)? _____
Tem ou teve alguma doença endócrina? () diabetes ou açúcar no sangue elevado? (glicose elevada) () Tireóide () Emagrecimento acentuado () Outro(s). Qual(is)? _____
Tem ou teve alguma doença transmissível? () Gonorréia () Sífilis () Tuberculose () AIDS () Hepatite () Meningite () Hanseníase () Outra(s) Qual(is)? _____
Tem ou teve doenças do sistema nervoso? () Parkinson () Alzheimer () Epilepsia () Paralisia Cerebral () Outro(s) Qual(is)? _____
Tem ou teve neoplasia maligna (câncer)? _____
Tem ou teve alguma doença do sangue? () Anemia () Púrpura () Hemofilia () outro(s) Qual(is) _____
Tem ou teve doenças do ouvido? () Labirintite () Perda de audição () Outro(s) Qual(is)? _____
Tem ou teve doenças da pele? () Verrugas () Nevos () Quelóide () “Caroços” () Xantelasma () Cistos () Calos () Tatuagem () Outro(s) Qual(is)? _____
Tem alguma mal formação congênita (doenças de nascença)? Qual(is)? _____
Sofre de seqüelas de acidente, moléstia adquirida ou congênita? Qual(is)? _____
Já esteve internado em UTI? Com que idade? _____ Quanto tempo? _____ Qual a causa? _____
() É fumante? () Ex-fumante? Há quanto tempo? _____
Faz ou fez uso de bebida alcoólica? _____ Que quantidade? _____
Já fez ou faz uso de substâncias químicas (drogas)? _____ Qual? _____ A quanto tempo é dependente? _____
Mulheres D.U.M (Data da Última Menstruação) ___/___/___ Está grávida? _____ Tem ou teve alguma doença ginecológica? _____ () Transtornos menstruais () Endometriose () Útero (mioma) () Nódulo de mama () outro(s) Qual(is)? _____
Homem Tem ou teve alguma doença urológica? () Hiperplasia de próstata () Fimose () outro(s) Qual(is)? _____

PARECER DO MÉDICO AO FINAL DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

CID	PATOLOGIA APRESENTADA

Apto a ingressar no plano de assistência à saúde da Unimed Cuiabá – MT.

() **Com doença ou lesão preexistente (DLP)**

() **Sem doença ou lesão preexistente (DLP)**

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.

_____ de _____ de 20____

Assinatura do Beneficiário ou
De seu Representante Legal

Assinatura e Carimbo (com CRM)
do Médico Avaliador