

**UNIMED FORTALEZA SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA.**

Av. Santos Dumont, 949 – Aldeota • CEP:60150-160 – Fortaleza – Ce
• Fone: (85) 3255.3500 SAC: 0800.275.1818 • CNPJ: 05.868.278/0001-07
• www.unimedfortaleza.com.br

CÓD: FOR.004.ADM.COM.UNI
DATA: 27/04/2018
REVISÃO: 04

ANS – 31.714-4

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

DADOS DO PROPONENTE			Nº DA PROPOSTA:	
			Nº CONTROLE:	
NOME DO(A) PROPONENTE:				
PLANO:			REGISTRO DO PLANO ANS:	
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	SEXO: M () F ()	PESO: _____ KG	Altura: _____ metros	
INFORMAÇÕES IMPORTANTES				
I. No preenchimento desta declaração, o Sr(a). tem as alternativas abaixo quanto à necessidade de orientação médica. Declaro que optei por:				
☐ Desejo ser orientado(a) por Médico (a) designado pela Unimed Fortaleza, sem ônus financeiro.		Uso exclusivo do médico que orientou o preenchimento Identificação do médico (carimbo e assinatura)		
☐ Desejo ser orientado(a) por Médico(a) de minha escolha ciente do pagamento de todas as despesas com honorários médicos por minha conta.				
☐ Dispensar a presença do Médico(a) orientador para me auxiliar, por entender que não houve, de minha parte, qualquer dúvida com relação às perguntas formuladas e suas implicações.				
II. A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, ou seja, aquelas de que o(a) Sr(a) tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.				
III. A omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o(a) Sr(a) saiba ser portador(a), no momento do preenchimento desta declaração, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o(a) Sr(a) será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da <u>doença ou lesão omitida</u> , a partir da data em que estiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão pré-existente não declarada.				
IV. Definição de CPT e Agravo: Para fins dessa declaração de saúde, considera-se: a) Cobertura Parcial Temporária (CPT) 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; b) Agravo como 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.				
CASO ESTEJA CIENTE DE QUE É PORTADOR DAS CONDIÇÕES ABAIXO, O PROPONENTE DEVERÁ MARCAR <u>SIM</u> E ESPECIFICAR AO LADO TAL CONDIÇÃO. CASO CONTRÁRIO, ASSINALE <u>NÃO</u>.				
CONDIÇÕES				
1. É portador(a) de alguma doença do sangue, como anemias adquiridas (carencial, hemolítica e aplásica) ou anemia hereditárias (talassemia e falciforme) ou outra?	SIM () NÃO ()	Qual?:		
2. É portador(a) de algum distúrbio do sono, como apneia do sono ou outro?	SIM () NÃO ()	Qual?:		
3. É portador(a) de alguma doença das articulações como artrose, tendinite, lesão ortopédica (trauma ou congênita) ou outra? Em que parte do corpo?	SIM () NÃO ()	Qual?:		
4. É portador(a) de alguma doença dos rins, como calculose, insuficiência renal ou outra? Tem rim transplantado ou necessidade de transplante?	SIM () NÃO ()	Qual?:		
5. É portador(a) de alguma doença dos olhos, como catarata, estrabismo, glaucoma, lesão da córnea, miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia, pterígio ou tem necessidade de transplante de córnea?	SIM () NÃO ()	Qual?:		
6. É portador(a) de alguma colagenose (doença auto-imune), como lúpus, esclerodermia, polidermatomiosite, artrite reumatoide, vasculites ou outra?	SIM () NÃO ()	Qual?:		
7. É portador(a) de diabetes?	SIM () NÃO ()	Qual?:		
8. É portador(a) de alguma doença da coluna (cervical, dorsal lombo-sacra ou coccígea)?	SIM () NÃO ()	Qual?:		
9. É portador(a) de alguma doença das artérias e dos capilares?	SIM () NÃO ()	Qual?:		
10. É portador(a) de alguma doença da boca ou das glândulas salivares, maxilares ou outra?	SIM () NÃO ()	Qual?:		
11. É portador(a) de alguma doença do coração (reumática, valvular, isquêmica, infecciosa, muscular, congênita, etc.)?	SIM () NÃO ()	Qual?:		
12. É portador(a) de doença do aparelho digestivo, como cirrose hepática, hepatite, calculose de vesícula, pancreatite, enterites, colites, gastrites, úlceras, hemorroidas ou outra?	SIM () NÃO ()	Qual?:		
13. É portador(a) de alguma doença dos ouvidos e mastoides, surdez, otite crônica, rinite, desvio de septo, rinos, sinusite, amigdalites, adenoidites ou outra?	SIM () NÃO ()	Qual?:		
14. É portador(a) de alguma doença do sistema nervoso, como doença de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, sequela de AVC, tumores, paralisia, meningite ou outra?	SIM () NÃO ()	Qual?:		

PERGUNTAS (CONTINUAÇÃO)

15. É portador(a) de alguma doença da próstata (para homens), das mamas, alterações menstruais, metrorragia, dispaurenia, endometriose, miomas, ovários policísticos (para mulheres), de doenças nos órgãos genitais, de incontinência urinária ou outra?	SIM () NÃO ()	Qual?:
16. É portador(a) de alguma doença dos ossos, como osteoporose, sequelas de fraturas ou outra?	SIM () NÃO ()	Qual?:
17. É portador(a) de alguma doença dos pulmões, como doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, enfisema, tuberculose ou outra?	SIM () NÃO ()	Qual?:
18. É portador(a) de algum tipo de hérnia, como inguinal, de hiato, umbilical, incisional, epigástrica ou outra?	SIM () NÃO ()	Qual?:
19. É portador(a) de hipertensão arterial (pressão alta) ou no caso de gestantes, de doença hipertensiva específica da gravidez?	SIM () NÃO ()	Qual?:
20. É portador(a) de alguma doença de pele, como tumores, manchas, <i>nevus</i> ou outras?	SIM () NÃO ()	Qual?:
21. É portador(a) de alguma deficiência física, como mal formação congênita ou anomalias cromossômicas (genéticas)?	SIM () NÃO ()	Qual?:
22. É portador(a) de algum tipo de câncer (neoplasia maligna)? Qual ano do diagnóstico?	SIM () NÃO ()	Qual?:
23. É portador(a) de obesidade?	SIM () NÃO ()	Qual?:
24. É portador(a) de alguma doença muscular, como miastenia grave ou outra?	SIM () NÃO ()	Qual?:
25. É portador de vírus HIV (vírus da AIDS)?	SIM () NÃO ()	Qual?:
26. É portador(a) de alguma doença das glândulas endócrinas, como tireoide, paratireoides ou suprarrenais?	SIM () NÃO ()	Qual?:
27. É portador(a) de alguma doença das veias, como varizes, microvarizes, trombozes, úlceras de perna ou outra?	SIM () NÃO ()	Qual?:
28. É portador(a) de alguma doença mental / psiquiátrica?	SIM () NÃO ()	Qual?:
29. É portador(a) de algum dos transtornos globais de desenvolvimento?	SIM () NÃO ()	Qual?:

Se desejar, utilize o espaço baixo para comentários e informações adicionais sobre as perguntas formuladas, que o(a) Sr(a). considere importante registrar, ou informar alguma doença que não foi perguntada:

DECLARAÇÃO: Declaro que as informações retro são a expressão da verdade, podendo a Unimed de Fortaleza considerá-las para análise, aceitação ou não e manutenção das coberturas. Declaro, ainda, que estou ciente de que a omissão de informações sobre a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes das quais saiba ser portador(a) no momento do preenchimento desta Declaração de Saúde, pode acarretar o cancelamento do contrato. Nesse caso, serei responsável pelo pagamento das despesas realizadas, com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da Unimed de Fortaleza, alegando a presença de Doença ou Lesão Preexistente não declarada.

Fortaleza, _____, de _____ de _____.

NOME DO(A) PROPONENTE:

ASSINATURA DO(A) PROPONENTE (igual à do documento de identificação apresentado):

DECLARAÇÃO DE OFERECIMENTO DA CPT: Declaro que me foi oferecido a opção de CPT (Cobertura Parcial Temporária) para as DLP (Doenças ou Lesões Preexistentes), que estiverem acima assinaladas com SIM e estou ciente de que não terei cobertura para os procedimentos de alta complexidade-PAC (tomografia, ressonância, etc.), leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal, etc.) e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões declaradas, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro meses), a contar da data de adesão do contrato/plano. Ciente também que não haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo relacionadas à DLP declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidos no contrato.

Fortaleza, _____, de _____ de _____

NOME DO(A) PROPONENTE:

ASSINATURA DO(A) PROPONENTE (igual à do documento de identificação apresentado):

Para uso da Unimed Fortaleza (identificação de CID):

CID	Descrição CID	CID	Descrição CID

Carimbo e Assinatura do médico