

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1. No preenchimento desta declaração, V. Sa. tem a opção de ser orientado (a), sem ônus financeiro por um médico indicado pela operadora ou por um profissional de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
2. A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes, como sendo aquelas de que V. Sa. tenha conhecimento, no momento da assinatura desta Solicitação de Adesão, com relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
3. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente é oferecida, pela operadora, a seguinte opção: **Cobertura Parcial Temporária** – na qual o beneficiário não terá direito aos Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
4. Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas até que a operadora apresente as provas concretas à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. Até a decisão da ANS, não haverá suspensão do benefício nem do atendimento.
5. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta Declaração, desde que comprovada pela ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, V. Sa. será responsável pelo pagamento das despesas realizadas como tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver sido recebido o comunicado ou a notificação da operadora, alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Quadro I – Declaração de Saúde

Preenchimento pelo proponente titular, por si e pelo(s) dependentes, respondendo “S” para as respostas afirmativas e “N” para as respostas negativas		Titular	Dependentes				
			1	2	3	4	5
Informe se é portador ou se já sofreu de:							
1	Doenças do aparelho cardiocirculatório (como angina, infarto, pressão alta, arritmias, aneurisma de aorta, cirurgias cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênitas, uso de marca-passo, dor no peito, entre outras).						
2	Doenças endócrinas e metabólicas (como diabetes, hipotireoidismo e hipertireoidismo, obesidade, hepatite B, hepatite C, doença de Chagas, entre outras).						
3	Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes (como anemias, púrpuras, talassemias, HIV, AIDS e suas complicações, lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artrite reumatoide, doença de Crohn, retocolite ulcerativa, entre outras).						
4	Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares (como derrame, aneurisma cerebral, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia e doenças congênitas do sistema, nervoso, esclerose lateral amiotrófica, neurocisticercose, entre outras).						
5	Doenças crônicas do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, do nariz e da garganta (como asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, sinusite e desvio de septo nasal, entre outras).						
6	Doenças ortopédicas (como artrose, hérnia de disco, deformidade óssea, osteoporose lesão ligamentar, lesão do tendão, desvios de coluna, deformidades ósseas congênitas e fraturas de repetição, entre outras).						
7	Doenças ou tumorações malignas (como leucemia, mieloma, múltiplo, carcinoma, melanoma, linfoma e todos os tipos de câncer).						
8	Doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor masculino ou feminino (como cálculo renal, infecção urinária de repetição, incontinência urinária, doenças da próstata, cisto do ovário, mioma uterino e nódulos de mama, entre outras).						
9	Qualquer outra doença que não se relacione ou não se encontre descrita nos Itens anteriores ou que tenha gerado ou não internação.						

 Local e data

 Rubrica do proponente titular

Quadro II – Esclarecimentos Complementares

Caso a resposta para algumas das questões anteriores tenha sido “S” ou qualquer outra doença que não se encontre listada no Quadro I, para qualquer um dos proponentes, especifique a razão dela (data, tratamento, quadro atual e tudo mais que julgar importante para avaliação de sua saúde).

Item	Beneficiários	Data do evento	Esclarecimentos

Quadro III – Índice de Massa Corporal

Informe:	Titular	Dependentes				
		1	2	3	4	5
Peso (kg)						
Altura (m)						

O IMC (Índice de Massa Corporal) é calculado pela seguinte fórmula: peso dividido pela altura ao quadrado.

Vide exemplo a seguir:

Dados:	Fórmula:	Calculando:	
Peso = 80kg Altura = 1,71m	$IMC = \frac{\text{peso}}{\text{altura}^2}$	$IMC = \frac{80}{(1,71 \times 1,71)}$	a $IMC = \frac{80}{2,9241} = 27,35$

Eu, proponente titular, declaro que:

<input type="checkbox"/> 1	Declaro que me foram oferecidas as opções 2 e 3 abaixo especificadas e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, optei por não fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta declaração.
<input type="checkbox"/> 2	Declaro que fui orientado por médico particular credenciado da operadora no preenchimento desta Declaração de Saúde.
<input type="checkbox"/> 3	Declaro que fui orientado por médico particular de minha confiança e/ou médico da administradora de benefícios no preenchimento desta Declaração de Saúde.

Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM: _____

Declaro, para todos os efeitos legais, que li e entendi este documento e que nada omiti sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, tendo prestado informações completas e verídicas. Autorizo, também, que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas prestem aos médicos da operadora informações sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, bem como as moléstias das quais tenhamos, porventura, sofrido e o resultado de exames, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ou sigilo profissional.

Local e data

Rubrica do proponente titular