DECLARAÇÃO DE SAÚDE

|  |
| --- |
| **Informações sobre doenças ou lesões PREEXISTENTES conhecidas:** |
| Nome do Titular / promitente Contratante:........................................................................................................................... |
| *A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o promitente 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 consumidor tem a opção de:**( ) ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora; ou**( ) ser orientado por um médico de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.* |
| **IDENTIFICAÇÃO DOS PROMITENTES USUÁRIOS (INCLUSIVE TITULAR)** |
| **Usuários** | **Nome Completo** | **Data de Nascimento** |
| 1 |  | ............/.........../............. |
| 2 |  | ............/.........../............. |
| 3 |  | ............/.........../............. |
| 4 |  | ............/.........../............. |
| 5 |  | ............/.........../............. |
| 6 |  | ............/.........../............. |
| ANTECEDENTES PESSOAIS |
| Indicar SIM ou NÃO nos campos correspondentes a cada promitente usuário, identificado de **1** a **6**, relativo as doenças ou lesões preexistentes à contratação mencionadas abaixo: |
| CARDIOVASCULAR | **Diagnóstico** | **Tratamentos especiais****(clínico/cirúrgico)** |
| **Tít.** | **Dependentes** | **Tít.** | **Dependentes** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| Infarto/Angina |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Arritmias Cardíacas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trombose |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Flebite |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Problemas de Colesterol ou Triglicerídeos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Má formação de válvulas, vasos ou coração |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PULMONAR |  |
| Bronquite asma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| URINÁRIO 1 UROLÓGICO |  |
| Cálculos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Insuficiência renal (com ou sem diálise) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Problemas de Próstata |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Incontinência urinária |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GINECOLÓGICO/ OBSTÉTRICO |  |
| Miomas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Problemas de Gravidez |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DIGESTIVO, ABDOMINAL |  |
| Ulcera de estômago o duodeno |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cálculos biliares (vesícula) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hérnias |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| GLÂNDULAS |  |
|  Diabete |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Tireoide |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Obesidade |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SANGUE |  |
|  Anemias |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Leucemias |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NEUROLÓGICOS |  |
|  Alzheimer ou outros quadros demenciais |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Derrames/ Isquemias |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Sequelas neurológicas de traumas ou cirurgias |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OLHOS |  |
|  Catarata |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Glaucoma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Miopia, astigmatismo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Ceratocone |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ORTOPEDIA |  |
|  Desvios na coluna |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Hérnia de disco |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Defeitos após cirurgia ou traumatismos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Tumores ósseos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OUTROS |  |  |  Diagnóstico |  | **Tratamentos especiais****(clínico/cirúrgico)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| Câncer / Tumores / Metástase |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Reumatismo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Doenças adquiridas: HIV (aids) HPV (papiloma genital) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Epilepsia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Doenças congênitas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| OUTRAS INFORMAÇÕES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Peso aproximado (Kg) |  |  |  |  |  |  |
| Altura aproximada (m) |  |  |  |  |  |  |

Para uso exclusivo do Médico Avaliador

Proponente:.........................................................................................................................................

Data da Perícia médica: ............/.........../..........

Necessidade de cobertura parcial temporária? ( ) Sim ( ) Não.

Em caso afirmativo especifique:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 PROPONENTE MÉDICO AVALIADOR

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UNIMED SANTA MARIA



|  |
| --- |
| Especificações: espaço reservado para especificar: outras moléstias/doenças/informações complementares e indicação de médico, data, e nome do hospital/clínica onde foi realizado tratamento ou cirurgia. |
| Usuário | Descrição |
| 1 | ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| 2 | ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| 3 | ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| 4 | ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| 5 | ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| 6 | ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
|  |
| A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o promitente contratante e seus familiares saibam ser portadores, no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o promitente contratante será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido o comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.Declaro para os devidos fins e efeitos, sob as penalidades da lei, que estou no exercício normal de minhas funções físicas e intelectuais, nada tendo omitido no preenchimento desta declaração, com relação ao meu estado de saúde e de meus dependentes aqui indicados, que prestei informações completas e verdadeiras. De outra parte, estou ciente e de pleno acordo que a presente declaração de saúde passará a integrar o contrato de assistência à saúde, caso este seja firmado, ficando a Promitente Contratada autorizada a confirmar as informações prestadas, em qualquer tempo e lugar, sem que tanto implique em ofensa ao sigilo profissional ou a minha intimidade e de meus dependentes. <SANTA MARIA>, ........ de . de 20....... Promitente Contratante |