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 | |