

IDENTIFICAÇÃO - Nome: \_\_\_\_\_

ANS: 34.919-4



Titular  Dependente CPF: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do declarante: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> HM	1) A) Já esteve internado nos últimos 24 meses? B) Foi submetido a cirurgia nos últimos 24 meses? C) Qual período de recuperação total deste tratamento? D) Desse tratamento gerou alguma seqüela que ainda necessita de tratamento nos próximos 24 meses?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HM	23) Já doou algum órgão?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> HM	2) A) É diabético? B) Existem diabéticos na sua família? C) Seu último exame de glicose foi normal?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HM	24) Está ou esteve em tratamento psiquiátrico?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> HM	3) Algum exame laboratorial/Radioimagem para diagnóstico de suspeita de Câncer?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HM	25) Sofre de alguma doença congênita?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> HM	4) Algum tratamento de rádio ou quimioterapia realizado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HM	26) Sofre de Mal de Parkinson?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> HM	5) É fumante? Quantos cigarros você fuma por dia? _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HM	27) Já fez Tomografia? Qual? _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> HM	6) Faz uso de bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Constantemente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HM	28) Faz uso de algum medicamento? Qual? _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> HM	7) Sofre ou já sofreu de alguma doença de glândula, tireóide, obesidade e outras?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HM	29) Possui ou possuiu alguma deficiência auditiva, visual ou olfato?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> HM	8) Possui outras doenças não relacionadas anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HM	30) Já fez transfusão de sangue?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> HM	9) Já fez alguma cirurgia anterior? Qual? _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HM	31) Já sofreu algum acidente de trabalho, esteve afastado por quanto tempo? _____ Ficou sequela? _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> HM	10) Informar seu peso _____ Informar sua altura _____		<input type="checkbox"/> HM	32) Sofre ou já sofreu Displasia mamária (Problema de mama)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> HM	11) Teve outro plano de saúde? Qual? _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HM	33) Sofre ou já sofreu Depressões?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> HM	12) A) Já sofreu algum acidente de automóvel? B) Adquiriu sequelas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HM	34) Sofre ou já sofreu Hepatite, AIDS?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> HM	13) Sofre ou já sofreu alguma doença de: Estômago, Intestino, Hérnias?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HM	35) Sofre ou já sofreu Hemorroidas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> HM	14) Sofre ou já sofreu Aasma, Bronquite?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HM	36) Sofre ou já sofreu Amigdalite Crônica, Desvio de Septo Nasal, Sinusite Crônica, Adenóide Aumentada?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> HM	15) É hipertenso?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HM	37) Sofre ou já sofreu Lesão de Menisco, Varizes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> HM	16) Sofre ou já sofreu algum tipo de alergia?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HM	38) Sofre ou já sofreu de Anemia Crônica?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> HM	17) Sofre ou já sofreu Infarto, Efisema, Insuficiência cardíaca devido a cardiopatia, Angina de Peito, Ponte safena, Troca de válvula ou Marca Passo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> HM	39) Existe alguma cirurgia, exame especializado ou tratamento a serem feitos atualmente ou no futuro?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> HM	18) Usa ou já usou algum tipo de prótese? <input type="checkbox"/> Válvula (coração) <input type="checkbox"/> Marca-passo <input type="checkbox"/> Stent (coração) <input type="checkbox"/> Outras _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> H	40) Sofre ou já sofreu Ginecomastia?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> HM	19) Sofre ou já sofreu Cefaléia constante?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> H	41) Sofre ou já sofreu doença do pênis Fimose / Hiorcele / Varicocele?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> HM	20) Sofre ou já sofreu perda de consciência / desmaio / convulsão?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> H	42) Sofre ou já sofreu problema de próstata?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> HM	21) Sofre ou já sofreu lesões de pele / verruga / manchas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> M	43) Possui dificuldade para engravidar?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> HM	22) A) Sofre ou já sofreu Infecções Renais, Cálculo Renal? B) Cálculo de vesícula?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> M	44) Sofre ou já sofreu mioma uterino, ruptura de Períneo ou incontinência urinária? (urina solta)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> M	45) Sofre ou já sofreu Cistocele / Retocele? (bexiga caída)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> M	46) Seu parto foi normal ou Cesária? _____ Data do último Parto: ____/____/____	
			<input type="checkbox"/> M	47) Está Grávida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> HM	48) Profissão: _____	

Item do questionário acima	Esclarecimento sobre a declaração de saúde

**Declaro que entendi o conteúdo das perguntas e dispensei auxílio médico para o preenchimento deste questionário.**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Local Data Assinatura Proponente Titular

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE



Esta declaração deverá ser preenchida exclusivamente pelo **CONTRATANTE**.

Ao preencher a declaração o **CONTRATANTE** assume a responsabilidade pelas informações sobre as doenças ou lesões de que seja portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento no momento da contratação, com relação a si e a todos os seus dependentes integrantes de seu contrato.

Uma vez comprovada junto a agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a omissão de informação sobre doença ou lesão preexistente de que tenha conhecimento, será caracterizada fraude contratual, acarretando a suspensão da cobertura e rescisão contratual, sujeitando o **CONTRATANTE** ao ressarcimento dos valores despendidos pela **CONTRATADA** com o tratamento em decorrência da doença ou lesão preexistente.

Artigo 299 do Código Penal Brasileiro

### FALSIDADE IDEOLÓGICA

**“Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: pena reclusão, de um a cinco anos e multa, se o documento é público e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular”**

Para efeito desta declaração de saúde ficam assim definidas:

- **DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE:** são aquelas que o **CONTRATANTE** ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor à época da contratação de plano privado de assistência à saúde.

- **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA:** período de até 24 (vinte e quatro) meses, estabelecido em contrato, durante o qual as doenças e lesões preexistentes declaradas pelo consumidor não têm cobertura integral, podendo, neste período, haver exclusão da cobertura de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS e internação em unidades de tratamento intensivo, assim consideradas aquelas que apresentam as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde.

- **AGRAVO:** acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, oferecido ao consumidor como alternativa à adoção de cláusula de cobertura parcial temporária para doenças ou lesões preexistentes.

O **CONTRATANTE** tem o direito de ser orientado, sem ônus financeiro, no preenchimento desta declaração de saúde, por um médico credenciado a ser indicado pela **CONTRATADA**. No caso de optar por um médico não credenciado, de sua livre escolha, assumirá o ônus financeiro desta opção.

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1 - No preenchimento dessa declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um 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 e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou qualquer de seus dependentes;

3 - Havendo declaração de doenças ou lesão preexistente, serão oferecidas duas opções:

a) **Cobertura Parcial Temporária** - o consumidor não terá 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.

b) **Agravo** - Acréscimo no preço mensal do plano para que o consumidor tenha direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.

4 - Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas concretas junto à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. **ATÉ DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO 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 dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor 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.

### **DOENÇAS PREEXISTENTE**

Tendo em vista a condição de doença preexistente do proponente \_\_\_\_\_

acometido de \_\_\_\_\_, declaro que:

Concordo com o agravo de R\$ \_\_\_\_\_, ( \_\_\_\_\_ ), no custo mensal do referido proponente,

ou  Concordo com a cobertura parcial temporária da referida patologia pelo período de \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) dias.

\_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura Proponente Titular

### **DECLARAÇÃO DE OPÇÃO PELA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA**

Em razão de ser portador da doença \_\_\_\_\_, considerada preexistente à assinatura do contrato de plano de saúde, de acordo com a declaração de saúde, optei pela cobertura parcial temporária em alternativa ao agravo na contraprestação e estou ciente de que, pelo prazo de vinte e quatro meses estarão suspensos os eventos cirúrgicos e as internações em unidades de tratamento intensivo (assim consideradas aquelas que apresentem as características definidas na Portaria GM/MS nº 3.432 de 12 agosto de 1998), relacionados à doenças, bem como os procedimentos de alta complexidade discriminados abaixo, de acordo com o que dispõe a RDC 68 da Agência Nacional de Saúde suplementar - ANS.

\_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura Proponente Titular