



Declaração de Saúde

(Conforme Resolução Normativa nº 162, de 17 de outubro de 2007, da ANS)

Fone: (17) 3202-1234
www.unimediopreto.com.br
unimed@unimediopreto.com.br

Unimed 
S. J. do Rio Preto

ANS nº 335100

Nº de registro da operadora na ANS: 33.510-0

Nº de registro do plano na ANS:

Nº Contrato:

Nome da Empresa: _____

Nome do titular/proponente contratante: _____

Endereço residencial: Rua/Av. _____ Nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Data de Nasc. ____/____/____

Cidade/Estado: _____ CEP: _____

Fone: (____) _____ Celular: (____) _____

E-mail: _____

	Nome dos proponentes DEPENDENTES	Data de Nasc.	Sexo (M ou F)
1.		____/____/____	
2.		____/____/____	
3.		____/____/____	
4.		____/____/____	
5.		____/____/____	
6.		____/____/____	
7.		____/____/____	
8.		____/____/____	
9.		____/____/____	
10.		____/____/____	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A Carta de Orientação ao Beneficiário que está localizada nas páginas anteriores a esta é um documento padronizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que visa orientar o beneficiário/consumidor sobre o preenchimento da Declaração de Saúde. É obrigatória a aposição de ciência de seus termos.

A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes (DPL), ou seja aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

É obrigatório responder a todas as perguntas formuladas na Declaração de Saúde. **A omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, acarretará 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 não declarada.**

No preenchimento desta declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico da operadora, ou por um de sua confiança, mas, neste caso, as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

2		Sofre(u) de neoplasias malignas (câncer)?																		
	a	Aparelho digestivo (estômago, outros)? Especifique.																		
	b	Aparelho respiratório (pulmão, outros)? Especifique.																		
	c	Pele?																		
	d	Mama?																		
	e	Órgãos genitais femininos (útero, ovário, outros)? Especifique.																		
	f	Órgãos genitais masculinos (próstata, outros)? Especifique.																		
	g	Trato urinário (rins, bexiga, outros)? Especifique.																		
	h	Tireóide?																		
	i	Linfoma?																		
	j	Leucemia?																		
	k	Outras Localizações? Especifique.																		

3		Sofre(u) de neoplasias benignas?																		
	a	Útero (Mioma)? (Mulher)																		
	b	Pele (Nervos)?																		
	c	Nódulos de mamas?																		
	d	Outros? Especifique.																		

4		Sofre(u) de doenças do sangue (anemia, púrpura, outros)? Especifique.																		
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5		Sofre(u) de doenças endócrinas?																		
	a	Diabetes?																		
	b	Tireóide?																		
	c	Desnutrição?																		
	d	Outras? Especifique.																		

6		Sofre(u) de transtornos psiquiátricos ou mentais? Especifique.																		
---	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7		Apresenta algum tipo de dependência química?																		
	a	Álcool?																		
	b	Fumo?																		
	c	Drogas?																		

8		Sofre(u) de doenças do sistema nervoso?																		
	a	Parkinson?																		
	b	Alzheimer?																		
	c	Epilepsia?																		
	d	Paralisia cerebral?																		
	e	Enxaqueca, algias cefálicas?																		
	f	Outros? Especifique.																		

9		Sofre(u) de doenças dos olhos e anexos?																		
	a	Catarata?																		
	b	Glaucoma?																		
	c	Ceratocone?																		
	d	Miopia?																		
	e	Astigmatismo?																		
	f	Hipermetropia?																		
	g	Pterígio?																		
	h	Outros? Especifique.																		

10		Sofre(u) de doenças do ouvido?																		
	a	Labirintite?																		
	b	Perda de audição?																		
	c	Otites?																		
	d	Outros? Especifique.																		

11		Sofre(u) de doenças do aparelho circulatório?																		
	a	Doenças das válvulas cardíacas (febre reumática)?																		
	b	Hipertensão arterial?																		
	c	Angina pectoris?																		
	d	Infarto do miocárdio?																		
	e	Arritmia cardíaca?																		
	f	Insuficiência cardíaca?																		
	g	Acidente vascular cerebral (derrame)?																		
	h	Varizes de membros inferiores (trombose, flebite)?																		
	i	Hemorróidas?																		
	j	Outros? Especifique.																		

12		Sofre(u) de doenças do aparelho respiratório?																		
	a	Rinite?																		
	b	Sinusite?																		
	c	Bronquite?																		
	d	Asma?																		
	e	Pneumonia?																		
	f	Enfisema?																		
	g	Desvio septo nasal?																		
	h	Amigdalite?																		
	i	Hipertrofia de adenóides?																		
	j	Outros? Especifique.																		

13		Sofre(u) de doenças do aparelho digestivo?																		
	a	Úlcera Péptica?																		
	b	Gastrite?																		
	c	Hérnias? Especifique o local.																		
	d	Doença diverticular do intestino, constipação intestinal?																		
	e	Cirrose hepática?																		
	f	Colite?																		
	g	Colelitíase (cálculo da vesícula)?																		
	h	Fístula, fissuras anais?																		
	i	Outros? Especifique.																		

14		Sofre(u) de doenças de pele? Especifique o local.																		
	a	Verrugas?																		
	b	Nevus ("pintas")?																		
	c	Quelóide?																		
	d	Tumores?																		
	e	Xantelasma?																		
	f	Cistos?																		
	g	Calos?																		
	h	Psoríase?																		
	i	Outros? Especifique.																		

15		Sofre(u) de doenças osteomuscular?																		
	a	Doenças reumáticas (artrite, artrose, outros)?																		
	b	Osteoporose?																		
	c	Tendinites, bursites, fibromialgia?																		
	d	Doenças da coluna (escoliose, hérnia de disco, outros)?																		
	e	Osteomielite?																		
	f	Outros? Especifique.																		

16		Sofre(u) de doenças do aparelho genito urinário?																		
	a	Insuficiência renal?																		
	b	Cálculo urinário?																		
	c	Incontinência urinária (urina solta)?																		
	d	Hiperplasia da próstata? (homem)																		
	e	Fimose, varicocele? (homem)																		
	f	Infertilidade?																		
	g	Cisto de ovário? (mulher)																		
	h	Transtornos menstruais? (mulher)																		
	i	Endometriose? (mulher)																		
	j	Nefrite?																		
	k	Infecções urinárias, cistites de repetição?																		

O campo abaixo é destinado a comentários e informações adicionais das questões formuladas que você ache importante registrar.

Declaração

Estou ciente de que, havendo declaração de doença ou lesão preexistente, fica desde já o beneficiário notificado que estará submetido ao cumprimento de Cobertura Parcial Temporária que é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data de 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.

Comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, a enviar à UNIMED as informações de que ela necessitar sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-a, ou seus cooperados, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

São José do Rio Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Proponente ou Responsável

Assinatura do Dependente

Espaço reservado à(s) descrições de CID - Classificação Internacional de Doenças, pelo Médico Auditor

Proponente(s)	Código CID	Descrição da Doença
Titular		
Dependente 1		
Dependente 2		
Dependente 3		
Dependente 4		
Dependente 5		

Espaço reservado à(s) descrições de CID - Classificação Internacional de Doenças, pelo Médico Auditor

Proponente(s)	Código CID	Descrição da Doença
Dependente 6		
Dependente 7		
Dependente 8		
Dependente 9		
Dependente 10		

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Médico - CRM