

Proposta n.º

Nome do Titular

CPF

INFORMAÇÃO IMPORTANTE:

Antes do preenchimento desta DECLARAÇÃO DE SAÚDE, é obrigatória a leitura da CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO, que é parte integrante do Contrato.

A Carta de Orientação ao Beneficiário é um informativo elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que visa esclarecer o beneficiário sobre o correto preenchimento da Declaração de Saúde, bem como adverti-lo sobre as conseqüências decorrentes da omissão de informações e/ou prestação de informações falsas.

OPÇÃO DE PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE:

DECLARO que li a Carta de Orientação ao Beneficiário, e no preenchimento desta Declaração de Saúde minha opção é:

- Ser orientado por um profissional médico integrante da rede credenciada da Operadora e por ela indicado, sem nenhum ônus;
- Ser orientado por um profissional médico de minha própria escolha, arcando integralmente com os custos e honorários médicos;
- Não ser orientado por um profissional médico, por ter entendido todas as questões apresentadas nesta Declaração de Saúde, assumindo total responsabilidade pelas informações que ora declaro.

A Declaração de Saúde deve ser PREENCHIDA de próprio punho pelo Beneficiário, ou por seu representante legal, sem rasuras. Usar "S" para respostas afirmativas e "N" para respostas negativas:

Item	Tem ou Teve	Titular	Dependentes			
		T	1	2	3	4
1	Doenças do aparelho cardiocirculatório (pressão alta, angina, infarto, derrame, etc)? Especificar Doenças do aparelho.					
2	Doenças do Coração (insuficiência cardíaca, arritmias, cardiopatia congênita, doença valvar, entre outras)? Detalhar					
3	Doenças das veias ou artérias (varizes, trombozes, hemorroidas, aneurisma, etc.)? Detalhar					
4	Doenças endócrinas ou metabólicas (diabetes, tireoide, obesidade mórbida, etc.)? Detalhar.					
5	Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfisema, etc.)? Detalhar.					
6	Doenças do aparelho digestivo (esôfago, estômago, fígado, vesícula biliar, pâncreas, intestinos, etc.)? Detalhar					
7	Hérnias (hiato, inguinal, umbilical, etc.)? Detalhar					
8	Doenças renais ou da bexiga (cálculos, infecções dos rins, nefrites, etc.)? Detalhar					
9	Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, testículos, pênis)? Detalhar					
10	Doenças ginecológicas e das mamas (períneo, nódulo de mama, cisto de ovário, mioma, endometriose, etc.)? Detalhar					
11	AIDS ou é portador do vírus HIV? Detalhar					
12	Doenças do sangue (anemias, leucemias, hemofilia, linfomas, etc.)? Detalhar					
13	Doenças ou tumorações malignas (câncer) ou benignas? Detalhar					
14	Doenças reumáticas ou colagenosas (artrites, febres reumáticas, lúpus, etc.)? Detalhar					
15	Doenças neurológicas (epilepsia, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, esclerose múltipla, etc.)? Detalhar					
16	Doenças da pele (psoríase, dermatites, etc.)? Detalhar					
17	Doenças infecto contagiosas (hepatite, tuberculose, etc.)? Detalhar					
18	Problemas ortopédicos (artrose, hérnia de disco, fraturas, etc.). Detalhar					
19	Doenças ou malformações congênitas ou hereditárias? Detalhar					
20	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, etc.)? Detalhar					
21	Doenças dos ouvidos, nariz ou garganta (diminuição da audição, tumores, desvio de septo, problemas de adenoide, etc.). Detalhar					
22	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, etc.) Detalhar					
23	Transtorno de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, etc.). Detalhar					
24	Realiza ou realizou diálise ou hemodiálise? Detalhar					
25	Realiza ou realizou Quimioterapia, Braquiterapia ou Radioterapia? Detalhar					
26	Já foi internado algumas vez ou submetido a alguma cirurgia ou tratamento não mencionado acima? Detalhar					
27	Tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado para os próximos meses?					
28	Sofre de alguma doença ou faz algum tratamento não mencionado acima?					

Local e Data

Assinatura do titular ou representante legal

Proposta n.º

		Titular	D01	D02	D03	D04
29	Indique seu peso					
30	Indique sua altura					

Esclarecimentos para respostas positivas

Item	Beneficiário / dependente	Data do Evento	Se algum participante deste contrato apresentou resposta positiva em um ou mais itens desta Declaração de Saúde, especificar: datas, diagnósticos, tratamento, evolução da doença e sequelas, bem como detalhar a situação atual.	Uso exclusivo Operadora Unicentral

() Declaro, conforme preenchido na Declaração de Saúde, que não tenho doença ou lesão pré-existente.

() Declaro que possuo doença ou lesão pré-existente, conforme assinalado nesta Declaração de Saúde.

Preenchimento da Declaração com orientação médica

Nome do Médico									
CRM							Telefone		

_____/_____/_____
Data da entrevista

CRM – Assinatura e carimbo do médico

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

- A Declaração de Saúde deve ser preenchida de próprio punho, de forma completa, legível e correta. Quaisquer incorreções, respostas incompletas ou rasuras, poderão ensejar na perda de validade da proposta e sua devolução ao proponente para preenchimento correto e/ou sua substituição, podendo ainda observar uma nova data de assinatura e início de vigência da cobertura contratual.

- Mesmo os proponentes tendo optado em não receber orientação médica no preenchimento da Declaração de Saúde, é facultado a Operadora de Saúde encaminhá-lo(s) para "Entrevista Qualificada" com algum profissional médico direcionado, com vistas à elucidação das informações contidas na Declaração de Saúde.

- O proponente titular, ou o Responsável, autoriza a Operadora de Saúde a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, exames, prontuários e informações necessárias para a elucidação de qualquer assunto relacionado com a presente Declaração de Saúde.

- O proponente titular declara que as informações de saúde relativas a si mesmo e a seu(s) dependente(s) são verdadeiras e completas, sendo certo que, comprovada a omissão de fatos e/ou preenchimento incorreto desta declaração, poderão ensejar na suspensão e/ou cancelamento do contrato, após encerramento de processo administrativo junto à ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, nos termos da legislação vigente, sendo imputadas ao beneficiário as despesas realizadas com atendimentos que seriam objeto da CPT – Cobertura Parcial Temporária relativos a procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados as doenças ou lesões preexistentes.

- A eventual redução ou isenção de carências concedida pela Operadora não se estende ao prazo de 24 (vinte e quatro) meses previsto na legislação vigente para a Cobertura Parcial Temporária.

Local e Data

Assinatura do titular ou Representante legal

Proposta n.º

Programa Qualidade de Vida

Preencher com Peso e Altura		Titular	D01	D02	D03	D04
Informe o Peso						
Informe Altura						
IMC (preenchimento interno do médico)						
Preencher S(Sim) ou N(Não)		Titular	D01	D02	D03	D04
Pratica atividade física?						
É fumante?						
Consome bebida alcoólica?						
Outras dependências químicas?						
ESCLARECIMENTOS E OUTRAS INFORMAÇÕES		Titular	D01	D02	D03	D04

Programa para Gestantes (Preenchimento somente por Beneficiária grávida)

Preencher com S(Sim) ou N(Não)		Titular	D01	D02	D03	D04
Está grávida?						
Gêmeos?						
Gravidez Ectópica (Tubária)?						
Primeira gravidez?						
Já teve algum aborto ou gravidez interrompida?						
Está realizando pré-natal?						
Preencher com os dados		Titular	D01	D02	D03	D04
Quantos filhos possui?						
Quantas semanas de gestação se encontra?						
Quantas Consultas já realizou do Pré-Natal?						
Quantos Ultrassons já realizou no Pré-Natal?						
Informe o tipo de parto que pretende realizar? N(normal) ou P(cesárea)						

Análise da Declaração de Saúde (preenchimento interno da Operadora)

Beneficiário	CPT – Cobertura Parcial Temporária
Titular	
Dependente 01	
Dependente 02	
Dependente 03	
Dependente 04	

 Visto/ Assinatura/ Carimbo Médico da Operadora

 ____/____/____
 Data

 Local e Data

 Assinatura do titular ou
 Representante legal