

**UNIMED FORTALEZA SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA.**

Av. Santos Dumont, 949 – Aldeota • CEP:60150-160 – Fortaleza – Ce  
• Fone: (85) 3255.3500 SAC: 0800.275.1818 • CNPJ: 05.868.278/0001-07  
• www.unimedfortaleza.com.br

CÓD: FOR.004.ADM.COM.UNI  
DATA: 27/04/2018  
REVISÃO: 04

ANS – 31.714-4

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

DADOS DO PROPONENTE			Nº DA PROPOSTA:	
			Nº CONTROLE:	
NOME DO(A) PROPONENTE:				
PLANO:			REGISTRO DO PLANO ANS:	
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	SEXO: M ( ) F ( )	PESO: _____ KG	Altura: _____ metros	
INFORMAÇÕES IMPORTANTES				
<b>I. No preenchimento desta declaração, o Sr(a). tem as alternativas abaixo quanto à necessidade de orientação médica. Declaro que optei por:</b>				
<input type="checkbox"/> Desejo ser orientado(a) por Médico (a) designado pela Unimed Fortaleza, sem ônus financeiro.			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p style="text-align: center;"><u>Uso exclusivo do médico que orientou o preenchimento</u></p><p style="text-align: center;">_____ Identificação do médico (carimbo e assinatura)</p></div>	
<input type="checkbox"/> Desejo ser orientado(a) por Médico(a) de minha escolha ciente do pagamento de todas as despesas com honorários médicos por minha conta.				
<input type="checkbox"/> Dispensar a presença do Médico(a) orientador para me auxiliar, por entender que não houve, de minha parte, qualquer dúvida com relação às perguntas formuladas e suas implicações.				
<b>II. A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, ou seja, aquelas de que o(a) Sr(a) tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.</b>				
<b>III. A omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o(a) Sr(a) saiba ser portador(a), no momento do preenchimento desta declaração, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o(a) Sr(a) será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da <u>doença ou lesão omitida</u>, a partir da data em que estiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão pré-existente não declarada.</b>				
<b>IV. Definição de CPT e Agravo:</b> Para fins dessa declaração de saúde, considera-se: a) Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da 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; b) Agravo como qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.				
<b>CASO ESTEJA CIENTE DE QUE É PORTADOR DAS CONDIÇÕES ABAIXO, O PROPONENTE DEVERÁ MARCAR SIM E ESPECIFICAR AO LADO TAL CONDIÇÃO. CASO CONTRÁRIO, ASSINALE NÃO.</b>				
CONDIÇÕES				
1. É portador(a) de alguma doença do sangue, como anemias adquiridas (carencial, hemolítica e aplásica) ou anemia hereditárias (talassemia e falciforme) ou outra?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:		
2. É portador(a) de algum distúrbio do sono, como apneia do sono ou outro?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:		
3. É portador(a) de alguma doença das articulações como artrose, tendinite, lesão ortopédica (trauma ou congênita) ou outra? Em que parte do corpo?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:		
4. É portador(a) de alguma doença dos rins, como calculose, insuficiência renal ou outra? Tem rim transplantado ou necessidade de transplante?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:		
5. É portador(a) de alguma doença dos olhos, como catarata, estrabismo, glaucoma, lesão da córnea, miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia, pterígio ou tem necessidade de transplante de córnea?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:		
6. É portador(a) de alguma colagenose (doença auto-imune), como lúpus, esclerodermia, polidermatomiosite, artrite reumatoide, vasculites ou outra?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:		
7. É portador(a) de diabetes?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:		
8. É portador(a) de alguma doença da coluna (cervical, dorsal lombo-sacra ou coccígea)?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:		
9. É portador(a) de alguma doença das artérias e dos capilares?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:		
10. É portador(a) de alguma doença da boca ou das glândulas salivares, maxilares ou outra?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:		
11. É portador(a) de alguma doença do coração (reumática, valvular, isquêmica, infecciosa, muscular, congênita, etc.)?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:		
12. É portador(a) doença do aparelho digestivo, como cirrose hepática, hepatite, calculose de vesícula, pancreatite, enterites, colites, gastrites, úlceras, hemorroidas ou outra?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:		
13. É portador(a) de alguma doença dos ouvidos e mastoides, surdez, otite crônica, rinite, desvio de septo, roncosp, sinusite, amigdalites, adenoidites ou outra?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:		
14. É portador(a) de alguma doença do sistema nervoso, como doença de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, seqüela de AVC, tumores, paralisia, meningite ou outra?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:		

**PERGUNTAS (CONTINUAÇÃO)**

15. É portador(a) de alguma doença da próstata (para homens), das mamas, alterações menstruais, metrorragia, dispaurenia, endometriose, miomas, ovários policísticos (para mulheres), de doenças nos órgãos genitais, de incontinência urinária ou outra?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:
16. É portador(a) de alguma doença dos ossos, como osteoporose, sequelas de fraturas ou outra?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:
17. É portador(a) de alguma doença dos pulmões, como doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, enfisema, tuberculose ou outra?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:
18. É portador(a) de algum tipo de hérnia, como inguinal, de hiato, umbilical, incisional, epigástrica ou outra?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:
19. É portador(a) de hipertensão arterial (pressão alta) ou no caso de gestantes, de doença hipertensiva específica da gravidez?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:
20. É portador(a) de alguma doença de pele, como tumores, manchas, <i>nevus</i> ou outras?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:
21. É portador(a) de alguma deficiência física, como mal formação congênita ou anomalias cromossômicas (genéticas)?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:
22. É portador(a) de algum tipo de câncer (neoplasia maligna)? Qual ano do diagnóstico?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:
23. É portador(a) de obesidade?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:
24. É portador(a) de alguma doença muscular, como miastenia grave ou outra?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:
25. É portador de vírus HIV (vírus da AIDS)?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:
26. É portador(a) de alguma doença das glândulas endócrinas, como tireoide, paratireoides ou suprarrenais?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:
27. É portador(a) de alguma doença das veias, como varizes, microvarizes, trombozes, úlceras de perna ou outra?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:
28. É portador(a) de alguma doença mental / psiquiátrica?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:
29. É portador(a) de algum dos transtornos globais de desenvolvimento?	SIM ( ) NÃO ( )	Qual?:

**Se desejar, utilize o espaço baixo para comentários e informações adicionais sobre as perguntas formuladas, que o(a) Sr(a). considere importante registrar, ou informar alguma doença que não foi perguntada:**

**DECLARAÇÃO:** Declaro que as informações retro são a expressão da verdade, podendo a Unimed de Fortaleza considerá-las para análise, aceitação ou não e manutenção das coberturas. Declaro, ainda, que estou ciente de que a omissão de informações sobre a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes das quais saiba ser portador(a) no momento do preenchimento desta Declaração de Saúde, pode acarretar o cancelamento do contrato. Nesse caso, serei responsável pelo pagamento das despesas realizadas, com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da Unimed de Fortaleza, alegando a presença de Doença ou Lesão Preexistente não declarada.

Fortaleza, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

NOME DO(A) PROPONENTE:

ASSINATURA DO(A) PROPONENTE (igual à do documento de identificação apresentado):

**DECLARAÇÃO DE OFERECIMENTO DA CPT:** Declaro que me foi oferecido a opção de CPT (Cobertura Parcial Temporária) para as DLP (Doenças ou Lesões Preexistentes), que estiverem acima assinaladas com SIM e estou ciente de que não terei cobertura para os procedimentos de alta complexidade-PAC (tomografia, ressonância, etc.), leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal, etc.) e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões declaradas, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro meses), a contar da data de adesão do contrato/plano. Ciente também que não haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo relacionadas à DLP declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidos no contrato.

Fortaleza, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

NOME DO(A) PROPONENTE:

ASSINATURA DO(A) PROPONENTE (igual à do documento de identificação apresentado):

**Para uso da Unimed Fortaleza (identificação de CID):**

CID	Descrição CID	CID	Descrição CID

Carimbo e Assinatura do médico