



Unimed

João Pessoa

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

REFERENTE À PROPOSTA DE ADMISSÃO Nº

Esta declaração é parte integrante do contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares e é validade para os beneficiários indicados na PROPOSTA DE ADMISSÃO.

O beneficiário deverá informar à UNIMED por meio desta **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**, o conhecimento de Doenças e Lesões Preexistente, à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, **SOB PENA DE CARACTERIZAÇÃO DE FRAUDE, FICANDO SUJEITO À SUSPENSÃO DE COBERTURA OU RESCISÃO UNILATERAL DO CONTRATO, NOS TERMOS DO INCISO II, DO PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 13 DA LEI Nº 9.656/1998.**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- O beneficiário tem o direito de preencher esta DECLARAÇÃO DE SAÚDE mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de apresentadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário.
- Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico **NÃO** pertencente à lista de profissionais da rede assistência da contratada, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.
- Consideram-se **DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP)** aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, **NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO OU ADESÃO AO PLANO PRIVADO DE ASSISTENCIA À SAÚDE**, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998, o inciso IV, do art. 4º, da Lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas n RN/ANS nº 162/2007.
- A cobertura contratual de Procedimentos de Alta Tecnologia (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, ficará **SUSPensa POR UM PERÍODO ININTERRUPTO DE 24 (vinte e quatro) MESES A PARTIR DA DATA DA CONTRATAÇÃO OU ADESÃO AO PLANO.**
- 1 A UNIMED João Pessoa **NÃO** oferece Agravo como opção à Cobertura Parcial Temporária – CPT.
- A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente do qual o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação do plano, pode acarretar a suspensão da cobertura ou a rescisão unilateral do contrato.
- 1 É de responsabilidade do beneficiário todas as despesas realizadas com procedimentos que seriam objeto de CPT, caso venha a ser comprovada junto à ANS, a omissão de informação sobre DLP conhecida e não declarada.

DECLARAÇÃO

A UNIMED João Pessoa colocou à minha disposição, e sem ônus, profissionais médicos para minha orientação quando do preenchimento desta DECLARAÇÃO DE SAÚDE e eu:

- DISPENSEI ORIENTAÇÃO DE MÉDICO-ORIENTADOR
- OPTEI SER ORIENTADO POR MÉDICO DA REDE CREDENCIADA
- OPTEI SER ORIENTADO POR MÉDICO NÃO PERTENCENTE DA REDE CREDENCIADA DA OPERADORA, ASSUMINDO O ÔNUS FINANCEIRO DESSA ENTREVISTA.

Data: ___/___/___

Assinatura do Beneficiário

QUESTIONÁRIO

Item	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para respostas afirmativas e (N) para negativas	PROPONENTES									
		Titular									
1	Sofre ou sofreu de alguma doença infecciosa ou parasitária como: Tuberculose - Hepatite - AIDS - Meningite - Hanseníase - Outros										
2	Sofre ou sofreu de neoplasias malignas (câncer) - Aparelho digestivo - Aparelho respiratório Pele - Mama - Órgãos genitais Trato urinário - Tireóide - Linfoma - Leucemia - Outras localizações										
3	Sofre ou sofreu de neoplasias benignas - Útero (mioma) - Pele (nevus) - Outros										
4	Sofre ou sofreu de doenças do sangue (anemia, púrpura, outros)										
5	Sofre ou sofreu de doenças endócrinas - Diabetes - Tireóide - Emagrecimento acentuado - Obesidade - Outras										
6	Sofre ou sofreu de transtornos psiquiátricos ou mentais										
7	Apresenta algum tipo de dependência química - Álcool - Fumo - Drogas										
8	Sofre ou sofreu de doenças do sist. nervoso - Parkinson - Alzheimer - Epilepsia - Paralisia cerebral - Outros										
9	Sofre ou sofreu de doenças dos olhos e anexos - Catarata - Glaucoma - Estrabismo Miopia (Informar o grau) - Astigmatismo (Informar o grau) - Hipermetropia (Informar o grau) - Outros										
10	Sofre ou sofreu de doenças do ouvido - Labirintite - Perda de audição - Outros										
11	Sofre ou sofreu de doenças do aparelho circulatório - Febre reumática - Hipertensão arterial Angina pectoris - Infarto do miocárdio - Arritmia cardíaca - Insuficiência cardíaca Acidente vascular cerebral ("derrame") - Varizes de membros inferiores - Hemorróidas - Outros										

Item	Responda as questões abaixo de forma verdadeira ou falsa, assinalando as afirmativas e/ou negativas	PROPONENTES																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12									
12	Sofre ou sofreu de doenças do aparelho respiratório - Rinite - Sinusite - Bronquite - Asma Pneumonia - Enfisema - Desvio de septo nasal - Outros																					
13	Sofre ou sofreu de doenças do aparelho digestivo - Úlcera Péptica - Gastrite - Hérnia Doença diverticular do intestino - Cirrose hepática - Colite - Cálculo da vesícula - Outros																					
14	Sofre ou sofreu de doenças da pele - Verrugas - "Pintas" ou "Sinais" - Quelóide - "Caroços" Xantelasma - Cistos - Calos - Outros																					
15	Sofre ou sofreu de doenças osteomuscular - Artrite - Artrose - Osteoporose - Reumatismo - Escoliose Hérnia de Disco - Osteomielite - Rutura de ligamentos - Outros																					
16	Sofre ou sofreu de doenças do aparelho genito-urinário - Insuficiência renal - Cálculo urinário Incontinência urinária ("urina solta") - Hiperplasia da próstata - Fimose - Nódulo mamário Infertilidade - Cisto de ovário - Transtornos menstruais - Endometriose - Nefrite - Outros																					
17	Sofre ou sofreu de traumatismos e/ou fraturas?																					
18	Sofre ou sofreu de mal formações congênicas (doenças de nascença)?																					
19	Sofre ou sofreu de seqüelas de acidentes, moléstia adquirida ou congênita?																					
20	Já foi submetido a algum tipo de cirurgia?																					
21	Sofre ou sofreu de alguma doença não relacionada acima, que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de tratamento ou exame?																					
22	Já foi submetido à radioterapia, quimioterapia, hemodiálise ou diálise peritoneal?																					
23	Tem indicação de submeter-se a algum tipo de cirurgia? Especifique																					
24	Possui algum tipo de prótese ou órtese (placas, pinos, parafusos, marca-passo, outros)?																					
25	Algum dos ascendentes diretos (pais e avós) sofre ou sofreu de qualquer doença abaixo? Hipertensão arterial - Diabetes - Doença cardíaca - Doença vascular/circulatória - Doença pulmonar Doença digestiva - Doença renal - Doença neurológica - Doença mental ou psiquiátrica - Câncer																					
26	Especifique o seu peso e de seus dependentes (em kg)																					
27	Especifique a sua altura e de seus dependentes (formato m,cm)																					

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos acima onde se perguntou sobre a existência de doença, indique abaixo o item, subitem, especificação, proponente e data do evento.

Item	Especificação	Proponente	Data do Evento

____ / ____ / ____
Data da Declaração

Assinatura do Titular
(ou do responsável, caso o(a) titular seja menor de 18 anos)