

Nome Agente Comercial:

Nº de registro da Operadora na ANS:

30397-6

Nº de registro do plano na ANS:

Proposta de admissão/contrato Nº:

Proponente TITULAR (T) ou DEPENDENTE (D) – Nome completo, sem abreviaturas:

Nome do colaborador do setor Comercial:

Assinatura e carimbo do colaborador do setor Comercial

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. A Carta de Orientação ao Beneficiário, que está localizada nas páginas imediatamente anteriores a esta, é um documento padronizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que visa a orientar o beneficiário/consumidor sobre o preenchimento da Declaração de Saúde. É obrigatória a aposição de ciência de seus termos.
2. A Declaração de Saúde objetiva registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes que o proponente ou seu representante legal saiba ser portador no momento da contratação/adesão ao plano de assistência saúde conforme Art. 11, da Lei nº 9.656/1998, sendo obrigatório responder as perguntas formuladas.
3. É obrigatório responder a todas as perguntas formuladas na Declaração de Saúde. A omissão de informação 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. Estando comprovada junto a ANS a omissão de informação sobre DLP conhecida e não declarada pelo beneficiário, este poderá também responder criminalmente conforme Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, além de Ação Judicial para o pedido de indenização por perdas e danos, honorários advocatícios e de custas processuais.
4. Após análise das respostas feitas eletronicamente, o consumidor poderá ser chamado para entrevista com médico(a) da Unimed Belém, a realização de consulta e exames complementares ou perícia médica com profissionais escolhidos pela operadora, sem ônus para o consumidor, ou médico de sua escolha, sob suas custas. Havendo perícia, haverá preenchimento de formulário específico.
5. O resultado da análise será encaminhada ao consumidor por e-mail a ser informado exclusivamente para esse fim, sendo que as partes concordam que o envio ao meio eletrônico citado pressupõe recebimento do consumidor.
6. Diante de doença ou lesão preexistente, o consumidor fica sujeito à Cobertura Parcial Temporária - CPT por um período ininterrupto de 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano, sem cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), procedimentos cirúrgicos e leitos de alta tecnologia (CTI) relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo próprio proponente ou seu representante legal, não havendo substituição da CPT por pagamento de Agravo, nem qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano para cobertura irrestrita, devendo cumprir prazos contratuais.

7. Conceitos de:

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; e

b) Agravo: 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. A Unimed Belém não disponibiliza a possibilidade de contratação do Agravo.

8. Antes de responder, informe sobre a orientação médica da Declaração de Saúde.

Declaro que:

 Não necessitei de orientação médica para responder a Declaração por entender as perguntas e não haver dúvidas.

 Optei pelo médico orientador da Unimed Belém para preenchimento da Declaração de Saúde.

 Optei por médico particular de minha escolha.

IMPORTANTE: O(A) Médico(a) orientador(a) da Unimed Belém firmará que o preenchimento contou com a sua presença aponto assinatura eletrônica e registro no Conselho Regional de Medicina:

ASPECTOS GERAIS:

 Foi ou é usuário de plano de saúde? Não Sim Qual?

Em que serviço médico costuma ser atendido?

 Está grávida? Não Sim Qual a data da última menstruação? ___/___/___

Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

 O usuário (a) tem irmão (ã) gêmeo (a)? Não Sim

Para crianças menores de 12 anos: condições de nascimento: _____ Peso nascimento: _____

Idade gestacional: _____ Apgar: _____

| Item | Caso sofra ou tenha sofrido de doenças ou lesões abaixo, responda (S) SIM e (N) NÃO. Descreva a doença que tem conhecimento, data e relato citando o tempo de adoecimento. |
|------|--|
| 01 | Doença infecciosa ou parasitária (Tuberculose, Hepatite B ou C, AIDS ou portador do vírus HIV, Meningite, Toxoplasmose, Sífilis, Hanseníase, outras...) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especifique: _____ _____ _____ |
| 02 | Tumor benigno ou Doenças malignas (Câncer) Aparelho digestivo (boca, língua, esôfago, estômago, intestino, fígado, pâncreas, etc), Aparelho respiratório (pulmão, traquéia, garganta...), pele, mama, genital feminino (útero, ovário, outros) ou masculino (próstata, testículos, outros...), Trato urinário (rins, bexiga, outros), tireóide, sanguínea (Linfoma, Leucemia), ósseo ou outras? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Localização/Tempo de doença: Especifique: _____ _____ _____ |
| 03 | Sofre ou sofreu de Doença imunológica, do sangue, autoimune ou do colágeno (Anemias, Púrpura, Artrite Reumatóide, Esclerose Múltipla, Vitiligo, Psoríase, Colagenoses, Poliarterite Nodosa, Doença de Chron, Hepatite Auto-imune, AIDS, Hemofilia, Talassemia, Lúpus, Fibromialgia, outras)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especifique: _____ _____ _____ |



| | |
|----|--|
| 04 | Doenças Endócrinas (Diabetes Mellitus, Insípidus, Doenças da Tireóide, Bócio, Obesidade, Dislipidemia, Síndrome Metabólica, Doença de Cushing, Transtornos das Glândulas Supra Renais, outras)? () Não () |
| | Sim. Especifique: _____ _____ |
| 05 | Doenças neurológica/cerebrovascular/psiquiátrica (Epilepsia, Paralisia cerebral, Enxaqueca, Aneurisma, Depressão, Ansiedade, Esquizofrenia, Transtorno Bipolar e/ou Psicótico, Derrame, Isquemia, Parkinson, Alzheimer, Espasmos Paroxísticos, Autismo (DEA), Demência, Paralisia Facial Periférica, Sequela de Traumatismo de Parto, outras)? () Não () Sim. Especifique: _____ _____ |
| 06 | Doenças cardio-circulatórias (Hipertensão Arterial, Angina Pectoris, Infarto do Miocárdio, Arritmia, Insuficiência cardíaca, Aneurismas, AVC, Isquemia Cerebral, Tromboses, Embolias, Hemorróidas, Varizes, Doenças das valvas cardíacas, Cardite reumática, outras)? () Não () Sim. Especifique: _____ _____ |
| 07 | Doenças crônicas do pulmão/ouvido/nariz/garganta: (Asma, Bronquite, Enfisema, Pneumonia, Derrame pleural, Hipertensão Pulmonar, Bronquiectasia, Sinusite, Polipose nasal, Desvio de septo nasal, Apnéia do sono, Surdez total ou parcial, outras)? () Não () Sim. Especifique (e inclua lado D ou E): _____ _____ |
| 08 | Doenças do sistema osteoarticular (Artroses, Hérnia de disco, Deformidade óssea congênita ou adquirida, Osteoporose, Lesão de ligamento ou tendão, Fraturas, Luxações, Escoliose, Cifose, lordose, Artrite, LER, DORT, outras)? () Não () Sim. Especifique/Segmento e lado afetado/tempo de doença: _____ _____ |
| 09 | Doenças do aparelho genito-urinário (Cálculo, Insuficiência renal crônica, Infecção urinária de repetição, Bexiga Neurogênica, Incontinência urinária, Dilatação dos ureteres, Nefrites, Nefroses, Hipertrofia de próstata, Cistos no ovário, Mioma uterino, Endometriose, Nódulos de mama, infertilidade, outras)? () Não () Sim. Especifique: _____ _____ |
| 10 | Alterações dos olhos e anexos. () Não () Sim Assinalar Olho Direito: OD Olho Esquerdo: OE Catarata senil () OD () OE Doenças da retina () OD () OE Degeneração macular () OD () OE Alteração ocular relacionada a diabetes () OD () OE Glaucoma () OD () OE Ceratocone () OD () OE Miopia () OD Grau: () OE Grau: Astigmatismo () OD Grau: () OE Grau: Hipermetropia () OD Grau: () OE Grau: Outras: _____ |
| 11 | Portador(a) de mal formações congênitas (Do coração (CIA, CIV, PCA, Tetralogia de Fallot, Coarctação da Aorta, Estenose Pulmonar/Aórtica), Fenda palatina, Lábio leporino, Pé torto congênito, Polidactilia, Sindactilia, Meningocele, Meningomielocèle, Hidrocefalia, Microtia, Síndrome de Turner, Espinha bífida, Microcefalia, Osteogenese Imperfecta, Genovalvo, Genovaro, Hérnia, outros)? () Não () Sim. Especifique: _____ |

| | |
|----|--|
| | |
| 12 | Possui doença ou lesão no Aparelho Estomatognático (Ossos fixos da cabeça e da face, Mandíbula, Músculos da mastigação e expressão facial, Articulação Têmporo Mandibular (ATM) e seus ligamentos, Dentes, Língua, Lábios, Bochechas, Glândulas salivares, Nervos, Vasos)? () Não () Sim. Especifique: |
| | |
| 13 | Possui doenças ou lesões no Aparelho Digestivo? (Estenose de esôfago, Colite, Diverticulite, Cirrose hepática, Úlcera, Colelitíase, Pancreatite, Esteatose Hepática, outras) () Não () Sim. Especifique: |
| 14 | Possui seqüela decorrente de doença congênita ou adquirida, acidente pessoal, de trânsito, falta de oxigenação cerebral ou de Tratamento médico (Quelóides, Cicatrizes Extensas, queimaduras, outros)? () Não () Sim. Especifique: |
| 15 | Doenças decorrentes do uso crônico de drogas lícitas (álcool e cigarro) e/ou ilícitas? () Não () Sim. Especifique: |
| 16 | Antecedente familiar (pais/avós) de doença crônica (Pressão alta, Diabetes, Derrame cerebral, Infarto, Câncer (tipo/localização), Arritmia cardíaca, Tuberculose, outros)? |
| 17 | Pela definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), o seu índice de Massa Corpóreo (IMC) indica: () Baixo peso (IMC \leq 18,49 kg/m ²) () Peso Normal (IMC \geq 18,5 kg/m ² e \leq 24,99 kg/m ²) () Sobrepeso (IMC \geq 25,01 kg/m ² e \leq 29,99 kg/m ²) () Obesidade I (IMC \geq 30kg/m ² e \leq 34,99 kg/m ²) () Obesidade II (IMC \geq 35 kg/m ² e \leq 39,99 kg/m ²) () Obesidade III (IMC \geq 40 kg/m ²) () Não se aplica (menores de 16 anos) OBS: na obesidade grau II associado a co-morbidades e Obesidade grau III haverá cumprimento de CPT para realização de cirurgia bariátrica. |
| 18 | Realiza tratamento médico para doença ou seqüela não citado acima? (Amputação, cegueira, perda da audição, outros) () Não () Sim. Diga a doença/tipo de Tratamento Localização: |
| 19 | Tem indicação de submeter-se a alguma cirurgia? Hemodiálise? Colocação de stents? Procedimento ocular? Tratamento para câncer como quimioterapia ou radioterapia? Tratamento para paralisia cerebral espástica? () Não () Sim. Especifique melhor: |

Informações adicionais a respeito das questões formuladas

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e completas, e assumo responsabilidade pelas mesmas. Estou ciente que a omissão de fatos e informações para enquadramento das coberturas serão consideradas como **fraude, implicará na rescisão do contrato, na obrigação de arcar com os custos dos atendimentos e procedimentos com cirurgia, leito de alta tecnologia (CTI) e procedimentos de alta complexidade (PAC), ligados às doenças ou lesões preexistentes.** Comprometo-me a prestar qualquer outra informação adicional que me for solicitada, sob pena de ter o processo de contratação suspenso ou cancelado. AUTORIZO: 1) a Unimed Belém solicitar minhas informações de saúde a médicos e serviços de saúde públicos e privados, 2) AUTORIZO os médicos que me atenderam em qualquer serviço público ou privado, clínicas, laboratórios e entidades públicas ou privadas de saúde enviarem à Unimed Belém as informações sobre meu histórico de saúde, resultados de exames e tratamentos realizados, isentando a todos de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

_____, ____/____/____
Local e data

Assinatura do PROPONENTE

DECLARAÇÃO e AUTORIZAÇÃO

Declaro que AUTORIZO A UNIMED BELÉM me encaminhar a conclusão do médico sobre as CPTS (Coberturas Parciais Temporárias) que terei que cumprir, (ou meus dependentes) em razão das doenças e lesões preexistentes declaradas, **pelo e-mail** _____, dando tudo por firme e valioso e declaro, ainda, que fui informado que, **caso não concorde com o teor ou com as Coberturas Parciais Temporárias elencadas,** deverei responder à mensagem informando tal fato. Nesse caso, serei atendido por um médico/profissional da saúde que me instruirá e explicará os motivos da(s) CPT imposta(s) e, caso ainda assim eu não concorde, a operadora estará obrigada a me proporcionar junta médica, para resolução do impasse, nos termos da RN 162.

_____, ____/____/____
Local e data

Assinatura do PROPONENTE



DECLARAÇÃO DE SAÚDE

De acordo com a Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Parecer de Médico(a) ORIENTADOR(a)

Estou ciente e de acordo que terei que cumprir CPT (não cobertura de procedimentos cirúrgicos, de alta complexidade e leitos de alta tecnologia (CTI) por 24 meses) para as Doenças e Lesões Preexistentes acima relacionadas.

Local e data _____, ___/___/_____

Assinatura do PROPONENTE _____

Assinatura e carimbo do Médico (a) Orientador (a)

Data: ___/___/_____

