Plano de Saúde Santa Tereza

CNPJ nº 05.029.064/0001-39

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Em conformidade com o disposto no art. 11 da Lei n° 9.656/98, o PLANO DE SAÚDE SANTA TEREZA elaborou a presente Declaração de Saúde, que deverá ser respondida pelo proponente à contratação ou adesão ao plano de saúde, ou seu representante legal.

A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, ou seja, aquelas que o beneficiário contratante tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato em relação a si próprio ou qualquer de seus dependentes.

O beneficiário deverá utilizar a presente Declaração de Saúde para informar ao PLANO DE SAÚDE SANTA TEREZA se é portador de doenças ou lesões preexistentes. A omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente na qual o beneficiário saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração pode acarretar a suspensão ou cancelamento do contrato.

DEFINIÇÕES IMPORTANTES

Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são 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 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na RN/ANS n° 162/07.

Cobertura Parcial Temporária (CPT) é 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.

Agravo é definido como qualquer acréscimo no valor da contra-prestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada referente à doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

Esta Declaração de Saúde deverá ser preenchida de próprio punho pelo beneficiário ou seu representante legal.

No preenchimento desta declaração, o beneficiário tem a opção de:

( ) ser orientado, se assim desejar, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora;
( ) ser orientado por um médico de sua confiança, caso em que as despesas com os honorários serão de sua responsabilidade.

ANS nº 41.493-0

Esta declaração deverá ser preenchida, próprio punho, assinalado com «S» para Sim e «N» para Não pelo Titular ou Responsável legal informando sua condição de saúde e de seus dependentes, todos devidamente identificados nesta proposta de adesão contratual, se responsabilizando pelas mesmas, ciente que sua inexatidão acarretará motivo justo de falta de elegibilidade para a contratação do benefício.

DADOS DO CONTRATANTE/TITULAR

Nome	Idade	Data nascimento	CPF (nº - cont.)
		| |	

DADOS DOS DEPENDENTES (Se contratação coletiva)

Nº	Grau parentesco	Dependentes	Idade	Data de Nascimento	CPF (nº - cont.)
01				| |	
02				| |	
03				| |	
04				| |	
05				| |	

Relacione abaixo tudo o que for do seu conhecimento sobre seu passado pessoal ou de seus familiares (dependentes).

	Responda com clareza os questionamentos abaixo:	Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4	Dep.5
1	Já foi submetido a alguma cirurgia? ( ) sim ( ) não Qual cirurgia? Quando?						
2	Esteve Internado? Qual motivo? Quando?						
3	Outras doenças e/ou enfermidades anteriores (descreva): _____						
4	Precisa fazer algum tratamento clínico ou cirurgico? Quando e qual motivo?						
5	Já teve alguma doença profissional ou enfermidade provocada pelo trabalho? Qual(is)?						
6	Possui alguma deficiência física? Qual?_____						
7	Possui alguma deficiência mental? Qual?_____						
8	Já esteve sob tratamento psiquiátrico em algum período de sua vida? Qual(is)?_____						
9	Tem alguma deficiência visual ou doença nos olhos ? ( )Catarata ( )Glaucoma ( )Estrabismo ( )Miopia ( )Astigmatismo ( )Hipermetropia ( )Outro (s) Quais?_____						
10	Tem alguma doença no coração e/ou aparelho circulatório? ( )Angina/Dor no peito( )Sopro( )Infarto do Miocárdio( )Arritmia Cardíaca ( )Insuficiência Cardíaca ( )Hipertensão Arterial ( )Febre Reumática ( )Acidente Vascular Cerebral /Derrame cerebral ( )Varizes dos Membros Inferiores ( )Outra (s) Qual (is)?_____						
11	Tem ou teve doenças do aparelho respiratório? ( )Asma ( )Bronquite ( )Enfisema ( )Rinite ( )Sinusite ( )Desvio de Septo Nasal ( )Doenças das Amígdalas/Adenóides ( )Pneumonia ( )Outra (s) Qual (is)? _____						
12	Tem ou teve doenças reumatológicas, das articulações ou dos ossos? ( )Artrite ( )Artrose ( )Doenças no Quadril/Bacia ( )Reumatismo ( )Escoliose ( )Hérnia de Disco ( )Lombalgia/Dores nas costas ( )Osteomielite ( )Desgaste/Ruptura de Ligamentos/Meniscos do Joelhos ou Ombros Especificar: ( )Outra (s) Qual (is)?_____						
13	Tem ou teve fratura de ossos? Qual(is)?_____						
14	Possui algum tipo de prótese ou órtese (placas, pinos, parafusos, marca-passo, válvula cardíaca, outro). Qual(is)?_____						

ANS nº 41.493-0

Nº	Pergunta	Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4	Dep.5
15	Faz ou fez radioterapia?						
16	Faz ou fez quimioterapia?						
17	Faz ou fez hemodiálise ou diálise peritoneal?						
18	Tem ou teve alguma doença do aparelho digestivo? ( )Úlcera Péptica ( )Gastrite ( )Refluxo Gastroesofágico ( )Hérnia de Hiato ( )Doença Diverticular do Intestino ( )Cirrose Hepática ( )Colite ( )Cálculo da Vesícula ( )Outra (s) Qual(is)?_____						
19	Tem ou teve doenças do aparelho urinário? ( )Insuficiência Renal ( )Cálculo Urinário/Pedras nos rins ( )Incontinência Urinária ( )Nefrite ( )Outra (s) Qual (is)?						
20	Tem ou teve alguma doença endócrina? ( )Diabete ou açúcar no sangue elevado? ( )Doença da Tireóide/Hipo/Hipertireoidismo ( )Emagrecimento acentuado ( )Outra (s) Qual (is)?_____						
21	**Para Mulheres** Está grávida? Tem ou teve alguma doença ginecológica? ( )Cisto de Ovário ( )Irregularidade Menstrual ( )Endometriose( ) Nódulo Mamário ( )Infertilidade ( )Outra (s) Qual(is)?_____						
22	**Para Homens** Tem ou teve alguma doença urológica? ( )Hiperplasia de Próstata/Tumor ( )Fimose ( )Outra(s) Qual(is)? _____						
23	Tem ou teve alguma doença infecciosa? ( )Sífilis ( )Tuberculose ( )HIV/AIDS ( )Meningite ( )Outra (s) Qual (is)? _____						
24	Tem ou teve doenças do sistema nervoso? ( )Parkinson ( )Demência/Alzheimer ( )Epilepsia/Convulsões ( )Paralisia Cerebral ( )Formigamento/Alteração de Sensibilidade ( )Outra (s) Qual (is)? _____						
25	Tem ou teve neoplasia maligna (câncer)? ( )Aparelho digestivo (estômago, intestino,outro)? Especifique_____ ( )Aparelho respiratório (pulmão, outros)? Especifique_____ ( )Pele ( )Mama ( )Tireóide ( )Linfoma ( )Leucemia ( )Órgãos genitais femininos (útero, ovário, outros)? Especifique_____ ( )Trato Urinário (rins, bexiga, outros)? Especifique_____ ( )Outras localizações. Especifique_____						
26	Tem ou teve neoplasia benigna? ( )Útero (mioma) ( )Mamas(nódulos) ( )Outra (s) Qual (is)?_____						
27	Tem ou teve alguma doença do sangue? ( )Anemia ( )Púrpura ( )Outra (s) Qual (is)? _____						
28	Tem ou teve doenças de ouvido? ( )Labirintite ( )Perda de audição ( )Outra (s) Qual (is)? _____						

ANS nº 41.493-0

Nº	Pergunta	Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4	Dep.5
29	Tem alguma má formação congênita (doença de nascença)? Qual(is)? _____						
30	Sofre de seqüelas de acidentes? Qual (is)?						
31	Já esteve internado em UTI? Com que idade?_____Quanto tempo?_____Qual a causa? _____						
32	Teve alguma doença não relacionada acima, que o tenha obrigado a internar-se ou submeter–se a algum tipo de tratamento ou exame? Qual (is)?_____						
33	Altura em metros						
34	Peso em Kg						
35	Sua pressão arterial (se souber)						

Demais Informações

Item	Esclarecimento	Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4	Dep.5

PREENCHIMENTO OPERADORA

Apto a ingressar no Plano de Saúde SANTA TEREZA:

( )Com doença ou lesão preexistente (DPL) ( )Sem doença ou lesão preexistente (DPL)

Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, o beneficiário poderá optar pela **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** que corresponde ao período ininterrupto de 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde, de suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal; ou pelo **Agravo**, 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 e constante em documento em separado.

Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde, tendo prestado informações completas e verídicas. Concordo em que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato do plano a ser celebrado com a operadora, ficando a mesma autorizada a utilizá-la em qualquer época no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional.

O preenchimento desta Declaração de Saúde contou com a presença de médico orientador?

( ) sim ( ) não, o beneficiário dispensou a presença do médico orientador.

_____, _____ de _____ de _____

Local e data

_____

Nome e CPF do Beneficiário ou Representante Legal

Médico Avaliador _____

_____

Assinatura do Beneficiário

OBS: Todas as demais vias desta Declaração de Saúde devem ser rubricadas

ANS nº 41.493-0