

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, etc.*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - **NÃO** é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Informações sobre doenças ou lesões PREENSISTENTES conhecidas:

Nome do titular:

Contratante do plano:

Caso o beneficiário indicado nesta Declaração de Saúde seja menor de 18 anos de idade ou incapaz conforme determina o Código Civil, o presente deverá ser assinado pelo representante legal:

Nome completo:

CPF:

A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o contratante tenha conhecimento, no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes e/ou beneficiários do plano.

Quanto à orientação médica para o preenchimento da Declaração de Saúde, declaro que optei por:

- ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora;
- ser orientado por um médico de minha confiança, caso em que as despesas com honorários serão de minha responsabilidade;
- dispensada presença de médico orientador.

1) 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 assistência à saúde, de acordo com o art11 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 nesta resolução.

2) 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.

3) Agravo – Como qualquer acréscimo no valor da contraprestação para ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada para doença ou lesão preexistentes declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

Rubrica:

O beneficiário, a partir do preenchimento dos itens desta Declaração de Saúde, tem ciência que ao responder terá a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes ora declaradas.

Indicar com um **X** nos campos **SIM** ou **NÃO** correspondentes a cada beneficiário, relativo às doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador anterior à contratação do plano:

Consideração: Não aplicável para menores de 15 anos as patologias que contenham ***

	Titular	Beneficiário 1	Beneficiário 2	Beneficiário 3	Beneficiário 4	Beneficiário 5
	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
	Data de nascimento:	Data de nascimento:	Data de nascimento:	Data de nascimento:	Data de nascimento:	Data de nascimento:
	Peso:	Peso:	Peso:	Peso:	Peso:	Peso:
	Altura:	Altura:	Altura:	Altura:	Altura:	Altura:
Você tem ou já teve complicações ou eventos relacionados ao sistema CARDIOVASCULAR (Coração e sistema vascular)?	Titular	Beneficiário 1	Beneficiário 2	Beneficiário 3	Beneficiário 4	Beneficiário 5
Angina (dor no peito) e/ou Infarto(Ataque cardíaco) ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Arritmias cardíacas (Alteração nos batimentos do coração)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Trombose (Formação de coágulos que entopem os vasos sanguíneos)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Doenças das válvulas do coração	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Varizes ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Aterosclerose (Placas de gordura nas veias ou artérias) ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Obstrução arterial	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
AVC (Acidente vascular cerebral/Derrame)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Trombofilia (Doença que aumenta a formação de coágulos sanguíneos)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Pré-eclâmpsia (pressão alta e convulsão durante a gravidez) ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Você tem ou já teve complicações ou eventos relacionados ao sistema RESPIRATÓRIO?	Titular	Beneficiário 1	Beneficiário 2	Beneficiário 3	Beneficiário 4	Beneficiário 5
Bronquite, Asma	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Sinusopatia	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Enfisema Pulmonar e/ou DPOC (Doença pulmonar obstrutiva crônica)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Pneumonia	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO

Rubrica:

Você tem ou já teve complicações ou eventos relacionados ao: sistema RENAL ou sistema UROLÓGICO (Rins, ureter, bexiga, uretra)?	Titular	Beneficiário 1	Beneficiário 2	Beneficiário 3	Beneficiário 4	Beneficiário 5
Cálculo Urinário (Pedras nos rins) ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Insuficiência renal (com ou sem diálise) (Perda da função do rim)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Alteração do jato urinário (Esforço para urinar) ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Má formação do trato urinário ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Problemas de próstata ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Fimose (Excesso de pele que recobre o pênis e não o deixa expor a "cabeça")	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Incontinência urinária (Perda de urina)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Você tem ou já teve complicações ou eventos relacionados ao sistema GINECOLÓGICO e REPRODUTOR?						
Miomas uterinos, Cisto, Metrorragias (Sangramento excessivo na menstruação e nódulos no útero)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Doenças das mamas (Nódulo, dor inflamação) ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Endometriose ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Doenças inflamatórias do útero ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Abortos de repetição ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Você tem ou já teve complicações ou eventos relacionados ao sistema DIGESTIVO e ou INTESTINAL?						
Úlcera de estômago ou intestino ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Sangramento digestivo (Vômito de sangue ou sangue nas fezes) ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Cálculos biliares (Pedras na vesícula) ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Hérnia (Virilha, umbigo e barriga) ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Doenças do pâncreas: pancreatite, cisto pancreático, tumores de pâncreas	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Doença diverticular (Bolsinhas no intestino, diverticulite) ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Hemorroida	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Doenças inflamatórias intestinais (Doença de CROHN, Retocolite ulcerativa, pólipos, diarreia crônica)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Doenças do fígado (hepatites, cirrose, hemangioma e cistos)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO

Rubrica:

Você tem ou já teve complicações ou eventos relacionados ao sistema ENDÓCRINO (Glândulas)?	Titular	Beneficiário 1	Beneficiário 2	Beneficiário 3	Beneficiário 4	Beneficiário 5
Diabetes (Açúcar aumentado no sangue)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Tireoide (hipertireoidismo, hipotireoidismo, nódulo ou inflamação)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Obesidade ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO

Você tem ou já teve complicações ou eventos relacionados ao sistema SANGUÍNEO?	Titular	Beneficiário 1	Beneficiário 2	Beneficiário 3	Beneficiário 4	Beneficiário 5
Anemias	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Leucemia	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Distúrbios de Coagulação (Facilidade para ter sangramentos)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Hiperferretinemia (Ferritina aumentada)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Linfoma	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO

Você tem ou já teve complicações ou eventos relacionados ao sistema NEUROLÓGICO?	Titular	Beneficiário 1	Beneficiário 2	Beneficiário 3	Beneficiário 4	Beneficiário 5
Derrames / isquemias	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Aneurisma (No cérebro, no abdômen, no tórax)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Meningite	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Demência (Parkinson, Alzheimer e do idoso) ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Distúrbio de marcha (Alteração para caminhar de causa neurológica)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Epilepsia, convulsões	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Dores crônicas de cabeça (Enxaqueca)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO

Você tem ou já teve complicações ou eventos relacionados ao sistema OCULAR?	Titular	Beneficiário 1	Beneficiário 2	Beneficiário 3	Beneficiário 4	Beneficiário 5
Catarata	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Glaucoma (Pressão alta no olho)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Miopia, astigmatismo	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Deslocamento de retina	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Ceratocone (quando o tecido transparente na superfície do olho (córnea) se curva para fora)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Doenças oculares da retina (retinopatia diabética, oclusões venosas retinianas) ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO

Rubrica:

Você tem ou já teve complicações ou eventos relacionados ao sistema ORTOPÉDICO?	Titular	Beneficiário 1	Beneficiário 2	Beneficiário 3	Beneficiário 4	Beneficiário 5
Desvio na coluna (Escoliose, Cifose, Lordose)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Traumatismos nos ossos	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Tumores ósseos	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Osteoporose	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Próteses ou placas	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Problemas nas articulações (quadril, cotovelo, punho, tornozelo, ombro, clavícula ...)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Doenças ocupacionais (Lesão por Esforços Repetitivos (LER) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)) ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Doenças de joelho (lesões, meniscos, ligamentos, doenças degenerativas e outros)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Sequelas pós-cirurgia dos ossos (deformidades, dificuldade para se movimentar ou caminhar)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Outros	Titular	Beneficiário 1	Beneficiário 2	Beneficiário 3	Beneficiário 4	Beneficiário 5
Câncer / Tumores / Metástase	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Reumatismo ou Artrite Reumatoide	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Doenças articulares (Artrite e Artrose)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Psoríase, Dermatite, Eczema, Rosácea (Doenças de pele)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
HIV (Aids) ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
HPV (Papilomagenital / vírus) ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Esclerose lateral amiotrófica (ELA)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Doenças de ouvido (infecção, otite, surdez...)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Doenças de mastoide (mastoidite...)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Doença septo nasal (desvio de septo, fraturas...)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Hiperplasia de Adenoides (Carne esponjosa)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Amigdalite de repetição	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Hiperidrose (Suor excessivo na axila, palma da mão e outros pontos) ***	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Doenças congênitas e genéticas (Quando a pessoa nasce com a doença, podendo ser herança genética ou não. Alguns exemplos: AME, mielomeningocele, fissura labial e palatina, pé torto congênito, retinoblastoma, deformidades ortodônticas...)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Possui pinos, válvulas, hastes, implantes de qualquer natureza	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Doenças autoimunes (Esclerose múltipla, lúpus eritematoso, vitiligo, psoríase...)	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO

Rubrica:

Tratamento com psiquiatra (Depressão, transtorno bipolar, Esquizofrenia...)	() SIM () NÃO					
Apneia do sono (parar de respirar por momentos durante a noite, roncos)	() SIM () NÃO					
Hérnia de disco (Dor na coluna e pernas)	() SIM () NÃO					

Possui alguma outra situação de saúde que não tenha sido perguntado? Espaço reservado para especificar: outras moléstias/doenças/informações complementares e indicação de médico, data, e nome do hospital/clínica onde foi realizado tratamento ou cirurgia.	
Cliente	Descrição
Nome do titular:	
Nome do beneficiário 1:	
Nome do beneficiário 2:	
Nome do beneficiário 3:	
Nome do beneficiário 4:	
Nome do beneficiário 5:	

Assinatura e carimbo com CRM do Médico Avaliador (Se optou por orientação médica):

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o promitente contratante e seus dependentes saibam ser portadores, no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o promitente contratante será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento de doenças ou lesões omitidas, a partir da data em que tiver recebido a comunidade ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Declaro para os devidos fins e efeitos, sob as penalidades da lei, que estou no exercício normal de minhas funções físicas e intelectuais, nada tendo omitido no preenchimento desta declaração, com relação ao meu estado de saúde e de meus dependentes aqui indicados, que prestei informações completas e verdadeiras. De outra assistência á saúde, caso este seja firmado, ficando a Promitente Contratada autorizada a confirmar as informações prestadas, em qualquer tempo e lugar, sem que tanto implique em ofensa ao sigilo profissional ou a minha intimidade e de meus dependentes.

Por fim, autorizo que a contratante tenha acesso aos dados desta declaração e faça o seu encaminhamento para a operadora de saúde.

_____, _____ de _____ de 20____

Nome do Titular / Promitente Contratante

ANS nº 30639-8