

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Contratante

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- No preenchimento dessa declaração, o consumidor terá a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
- **A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças, transtornos, síndromes, patologias, lesões ou outros, preexistente(s) a esta contratação, devendo ser registrado todos os problemas de saúde dos quais o consumidor tenha passado ou está passando, conhecido(s) antes da assinatura deste contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.**
- Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, deverá ser oferecido a CPT: Cobertura Parcial Temporária (CPT): a patologia preexistente declarada estará excluída de cobertura conforme as disposições contratuais, por um período de 24 (vinte e quatro) meses. Atenção, CPT não é carência.
- A omissão de informação sobre a existência ou investigação de patologia preexistente a este contrato, da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração poderá ser considerada como FRAUDE, podendo acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato através de processo administrativo junto a ANS. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com eventual despesa tida pela operadora relacionada a patologia omitida.

PLANO DE SAÚDE

Hospitalar

DECLARAÇÃO DE SAÚDE (RN Nº 582/2022, Art.10 E RESOLUÇÃO Nº 02 DO CONSU DE 03/11/1998) (baseado no CID 11 / DSM 5 TR)

QUESTIONÁRIO A SER PREENCHIDO PELO PROPONENTE TITULAR, OU RESPONSÁVEL, DE PRÓPRIO PUNHO, POR SI E PELO(S) DEPENDENTE(S)	PROponentes					
	Titular	Dep1	Dep2	Dep3	Dep4	Dep5
	00	01	02	03	04	05
1. Sofre ou sofreu de alguma doença ou má formação congênita ou hereditária, como mas formações neurológicas, onfalocoele, microcefalia, hidrocefalia, síndrome de Down, síndrome de Edwards, mama supranumerária, Sindactilia, meningocele, polidactilia, cegueira, más formações cardíacas, fimose, pé torto ou outra?						
2. Sofre ou sofreu de alguma doença ou transtornos mentais ou psiquiátricos (ansiedade, depressão, psicose, TDAH, TOC, transtorno de bipolaridade, transtorno de personalidade borderline ou outras) ou dependência química (álcool, drogas, etc)?						
3. Sofre de Transtorno de espectro autista, transtorno desintegrativo da infância, síndrome de asperger, transtorno global de desenvolvimento (TGD), paralisia cerebral ou outros? Qual nível de suporte?						
4. Sofre ou sofreu de alguma doença neurológica, como mal de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, derrame cerebral (AVC), neuropatia, esclerose múltipla, hemiplegia ou outra?						
5. Sofre ou sofreu de alguma doença da visão, como cegueira, miopia, hipermetropia, astigmatismo, catarata, estrabismo, pterígio, glaucoma, calázio, descolamento de retina, ceratocone, pálpebra caída, tumores ou outra?						
6. Sofre ou sofreu de alguma doença do aparelho auditivo como perda da audição, surdez, tumores ou outra?						
7. Sofre ou sofreu de alguma doença respiratória, como bronquite, asma, enfisema pulmonar, tuberculose, rinite, amigdalite, sinusite, problema na adenóide, DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) ou outra?						
8. Sofre ou sofreu de alguma doença cardíaca ou circulatória, como angina, sopro cardíaco, pressão alta, infarto, arritmia, insuficiência cardíaca, doença de chagas, transtorno de válvulas, insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca ou outra?						
9. Sofre ou sofreu de alguma doença das artérias e veias, como varizes, estenoses, aneurisma, varicose, insuficiência arterial ou venosa, úlceras varicosas, ou qualquer outra?						
10. Sofre ou sofreu de alguma doença do aparelho digestivo (esôfago, estômago e intestino), como gastrite, úlcera, colite, doença de vesícula biliar, hérnia de hiato, esofagite, duodenite, hepatite, doença de Crohn, retocolite ou outros?						
11. Sofre ou sofreu de alguma doença da parede abdominal como hérnia umbilical, hérnia inguinal, hérnia ventral, hérnia incisional (após cirurgia prévia), hérnia gástrica ou outra?						
12. Sofre ou sofreu de doenças urinárias (rins, bexiga, uretra) ou dos órgãos sexuais, tais como cálculos, tumores, cistos, pólipos, insuficiência renal ou outros?						
13. Sofre ou sofreu de alguma doença da próstata como tumor, doença prostática benigna ou outros?						
14. Sofre ou sofreu de alguma doença ginecológica (endometriose, ovário policístico, doença do útero, trompa ou ovário como, mioma, cisto, tumores ou outras), nos seios (tumores, gigantomastia ou outras)?						
15. Sofre ou sofreu de alguma doença ortopédica, como hérnia de disco, osteoporose, artrose, problemas na coluna, problemas no joelho, fraturas ou outros?						
16. Sofre ou sofreu de doenças reumatológicas: Artrite, Artrose, Artrite, doenças autoimunes, Gota, Fibromialgia, Espondilite anquilosante, Lupus, Doença de Behçet ou outras?						
17. Sofre ou sofreu de doenças endócrinas, glandulares ou metabólicas, como diabetes, tireóide, colesterol, ácido úrico, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hipofise ou outra?						
18. Sofre ou sofreu de alguma doença de pele como dermatite atópica, psoríase, vitiligo, lepra, nevus, cisto, tumores ou outra?						
19. Sofre ou sofreu de problema de esterilidade ou infertilidade?						
20. Sofre ou sofreu de alguma doença no sangue como leucemia, hemofilia, anemia, linfomas, aplasias, hipoplasias ou outra?						
21. Sofre ou sofreu de alguma doença infecciosa como tuberculose, AIDS, lepra, malária, COVID, HPV ou outra?						
22. Sofre ou sofreu de doenças cancerosas (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, leucemia e outras)?						
23. Sofre ou sofreu de doenças profissionais ou ocupacionais, tais como LER, dermatites, doenças pulmonares ou respiratórias, fraturas, entorses ou outras?						
24. Sofre ou sofreu de transtorno de identidade sexual (CID F64) ou outros?						
25. Sofre ou já sofreu de peso acima do normal (obesidade) – baseado no IMC (peso/altura²)?						
26. Alguma(s) usuária(s) está grávida?						

DECLARAÇÃO DE SAÚDE (RN Nº 582/2022, Art.10 E RESOLUÇÃO Nº 02 DO CONSU DE 03/11/1998) (baseado no CID 11 / DSM 5 TR)

QUESTIONÁRIO A SER PREENCHIDO PELO PROPONENTE TITULAR, OU RESPONSÁVEL, DE PRÓPRIO PUNHO, POR SI E PELO(S) DEPENDENTE(S)	PROPONENTES					
	Titular	Dep1	Dep2	Dep3	Dep4	Dep5
	00	01	02	03	04	05
27. Atualmente esta realizando algum tratamento ou procedimento na área da saúde (terapêutico, medicamentoso...)?						
28. Já realizou alguma cirurgia?						
29. Está passando ou passou recentemente por investigação de alguma suspeita de patologia (lesão, transtorno, doença ou outras)?						
30. Tem indicação de alguma investigação, tratamento clínico (terapêutico, medicamentoso...), cirúrgico ou outros que por qualquer motivo não tenha realizado?						
31. Sofre ou sofreu de alguma patologia (doença, lesão, transtorno, síndrome ou outro) não identificada nos itens anteriores (do 1 ao 25)?						
32. Qual a estatura (altura) - metros?						
33. Qual o peso - kg?						
34. IMC (Índice de Massa Corporal) - fórmula peso(kilos) / Altura ² (metros)?						

ESCLARECER ABAIXO O(S) ITEM(S) ACIMA RESPONDIDO(S) COM "SIM"

Nº do item do Questionário	Proponente	Informar a data, razão e situação atual do(s) item(s) assinalados(s)

UTILIZE O ESPAÇO ABAIXO PARA COMENTÁRIOS E INFORMAÇÕES ADICIONAIS A RESPEITO DAS QUESTÕES ACIMA, QUE O DECLARANTE ENTENDA COMO IMPORTANTE REGISTRAR

- ☐ Recusei a orientação de um médico no preenchimento desta Declaração de Saúde.
- ☐ Optei pela orientação de um médico da rede credenciada para o preenchimento da Declaração de Saúde.
- ☐ Optei pela orientação de um médico não pertencente a rede credenciada, assumindo o ônus desta entrevista.
- ☐ Optei pela Cobertura Parcial Temporária para as Patologias acima declaradas.
- ☐ Optei pelo Agravio nas mensalidades, em virtude das Patologias preexistentes acima declaradas.

Ass. e carimbo do Médico

☐ Declaro que as informações aqui prestadas por mim, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas. Além disso, comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada, como também autorizo o Hospitalar Plano de Saúde a acessar toda e qualquer informação médica e hospitalar, mediante consulta a prontuários, anamneses e demais registros porventura existente junto aos hospitais, médicos, clínicas ou outros planos assistenciais, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional. Declaro que estou ciente das "Informações Importantes" definidas pela Resolução Normativa nº 20, que fazem parte desta Declaração de Saúde.

Londrina, / /

CONTRATANTE

Proposta de Adesão nº

Hospitalar