

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

O presente formulário, anexo da Carta de Orientação ao Beneficiário é parte integrante da Proposta de Adesão ao Plano, deve ser preenchido pelo beneficiário ou responsável legal, que deverá informar o conhecimento de Doenças e Lesões Preexistentes (DLP), que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano.

Para preencher o beneficiário tem a opção de:

- Ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou
- Ser orientado por um profissional, de sua livre escolha, neste caso assumirá o custo desta opção.
- Não ser orientado por profissional ou médico.

De acordo com a Resolução Normativa - RN Nº 558, de 14 de dezembro de 2022 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, preencher sem rasuras de forma legível, pelo próprio beneficiário ou responsável legal, em caso de menor de idade ou incapaz.

PARTE I - IDENTIFICAÇÃO PESSOAL INDIVIDUAL	
Dados do Beneficiário	
Nome Completo: _____	Data Nasc.: ____/____/____ Idade: ____
Telefone: [] _____	Titular: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não: Nome do Titular: _____
PARTE II - INFORMAÇÕES SOBRE SUA SAÚDE E/OU DE SEUS DEPENDENTES	
Questionário de Saúde	
1 - Informar: Peso: _____ Altura: _____ IMC*: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> F. <input type="checkbox"/> M. *Cálculo: $IMC = \text{Peso}/\text{Altura}^2$ Para IMC igual ou maior de 30,0 será oferecido CPT pela Operadora.	
2 – Goza de boa saúde no momento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, detalhar nas questões abaixo de acordo a doença.	
3 – Doença Respiratória: (Exemplos: Asma, Nódulos pulmonares, desvio de septo, adenoide, outras): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual(is): _____ Desde quando: _____ <u>Se sim:</u> Realizou cirurgia, procedimento ou tratamento? Detalhar abaixo: quando e motivo.	
4 – Doença Cardiovascular: (Exemplos: Hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, arritmias, varizes, trombose, outras): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual(is): _____ Desde quando: _____ <u>Se sim:</u> Realizou cirurgia, procedimento ou tratamento? Detalhar abaixo: quando e motivo.	
5 – Doença Osteomuscular: (Exemplos: Osteoporose, lesão de menisco e/ou ligamentos, cifose, bursite, artrites, artrose, hérnia de disco, desvios de coluna: escoliose, lordose, doenças musculares, fraturas, outras): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual(is): _____ Desde quando: _____ <u>Se sim:</u> Realizou cirurgia, procedimento ou tratamento? Detalhar abaixo: quando e motivo.	
6 – Doença Imunológica: (Exemplos: Lúpus, artrites, hepatite autoimune, esclerose múltipla, outras): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual(is): _____ Desde quando: _____ <u>Se sim:</u> Realizou cirurgia, procedimento ou tratamento? Detalhar abaixo: quando e motivo.	
7 – Doença Digestiva: (Exemplos: Hérnia, úlcera, colite, pedra na vesícula, hemorroida, diverticulite, outras): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual(is): _____ Desde quando: _____ <u>Se sim:</u> Realizou cirurgia, procedimento ou tratamento? Detalhar abaixo: quando e motivo.	
8 – Doença Genital, Urinária: (Exemplos: Mulher: Endometriose, ovários policísticos, cistos, miomas. Homem: doenças da próstata, tumores. Ambos os sexos: pedras nos rins, problemas de fertilidade, outras): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual(is): _____ Desde quando: _____ <u>Se sim:</u> Realizou cirurgia, procedimento ou tratamento? Detalhar abaixo: quando e motivo.	
9 – Doença Mamária: (Exemplos: Nódulos, cistos, calcificações, tumorações, outras): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual(is): _____ Desde quando: _____ <u>Se sim:</u> Realizou cirurgia, procedimento ou tratamento? Detalhar abaixo: quando e motivo.	

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

10 – Doença Endócrina: (Exemplos: Diabetes, doenças de tireoide (hipertireoidismo ou hipotireoidismo), outras):

Não | Sim, qual(is): _____ | Desde quando: _____

Se diabetes, informar o tipo da diabetes: _____

Se sim: Realizou cirurgia, procedimento ou tratamento? Detalhar abaixo: quando e motivo.

11 – Doença Neurológica, Nervosa ou Muscular: (Exemplos: Mal de Parkinson, doença de Alzheimer, cistos, ataques, paralisia cerebral, sequela de derrame, apneia do sono, tumores, convulsões, isquemias, outras):

Não | Sim, qual(is): _____ | Desde quando: _____

Se sim: Realizou cirurgia, procedimento ou tratamento? Detalhar abaixo: quando e motivo.

12 - Doença Infecto Contagiosa: (Exemplos: Toxoplasmose congênita, hepatite, portador de AIDS/HIV, outras):

Não | Sim, qual(is): _____ | Desde quando: _____

Se sim: Realizou cirurgia, procedimento ou tratamento? Detalhar abaixo: quando e motivo.

13 - Doenças Cancerígenas: (Exemplos: Câncer: mama, próstata, pulmão, intestino, leucemia, linfomas, outras):

Não | Sim, qual(is): _____ | Desde quando: _____

Se sim: Realizou cirurgia, procedimento ou tratamento? Detalhar abaixo: quando e motivo.

14 - Doenças de Pele ou Alérgicas: (Exemplos: urticária, psoríase, rosácea, vitiligo, alergias, outras):

Não | Sim, qual(is): _____ | Desde quando: _____

Se sim: Realizou cirurgia, procedimento ou tratamento? Detalhar abaixo: quando e motivo.

15 – Doença Congênita, Anomalia/Lesão: (Exemplos: Síndrome de Down, má formação órgão/membro, outras):

Não | Sim, qual(is): _____ | Desde quando: _____

Se sim: Realizou cirurgia, procedimento ou tratamento? Detalhar abaixo: quando e motivo.

16 - Doenças ou Deficiência de Sentido: (Exemplos: Visão: hipermetropia, miopia, astigmatismo, catarata, estrabismo, glaucoma, cegueira. Audição: surdez, perfuração timpânica, perda auditiva, labirintite, outras):

Não | Sim, qual(is): _____ | Desde quando: _____

Se sim: Realizou cirurgia, procedimento ou tratamento? Detalhar abaixo: quando e motivo.

17 - Doença Psiquiátrica ou Dependência Química: (Exemplos.: Depressão, dependência de droga, outras):

Não | Sim, qual(is): _____ | Desde quando: _____

Se sim: Realizou cirurgia, procedimento ou tratamento? Detalhar abaixo: quando e motivo.

18 – Se Mulher, está grávida? Não | Sim, quantas semanas? _____

19 - Esteve internado ou realizou algum tratamento/cirurgia que não tenha declarado acima e que ache importante informar? Se sim especifique:

20 - Em caso de criança menor de 5 anos: Peso ao nascer: _____ | Nasceu de quantas semanas? _____

Prematuro: Não | Sim

Icterícia (amarelão) ao nascer: Não | Sim

Parto Normal: Não | Sim

Problemas na gestação? Não | Sim, detalhar abaixo:

Ao nascer precisou de internação? Não | Sim, se sim em UTI? Não | Sim, detalhar abaixo:

Assinatura do responsável pelo preenchimento:

Declaro para todos os fins que as informações acima prestadas são verdadeiras, nos termos previstos no Art. 5º da RN 558/22 e autorizo o uso e verificação de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins médico-legais.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____