Unimed
Vale do Sinos/RS

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: ☐ Sim ☐ Não: Nome do Titular: _____

PARTE II - INFORMAÇÕES SOBRE SUA SAÚDE E/OU DE SEUS DEPENDENTES

Questionário de Saúde

1 - Sexo: ☐ F. ☐ M.

Se sexo feminino, está gestante? ☐ Não | ☐ Sim, quantas semanas? _____

2 - Informar: Peso: _____ | Altura: _____ | IMC*: _____ |

*Cálculo: IMC = Peso/Altura² | Para IMC igual ou maior de 30,0 será oferecido CPT pela Operadora.

3 - Doença Respiratória (Exemplos: asma, rinite, nódulos pulmonares, desvio de septo, adenoide, outras):

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

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

4 - Doença Cardiovascular (Exemplos: hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, arritmias, varizes, trombose, outras):

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

Se sim: Realizou cirurgia, procedimento ou tratamento? Uso de órtese e/ou prótese (dispositivos cardíacos, stents, etc.)? 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):

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

Se sim: Realizou cirurgia, procedimento ou tratamento? Uso de órtese e/ou prótese (placas, pinos, parafusos, etc.)? Detalhar abaixo: quando e motivo.

6 - Doença Imunológica (Exemplos: lúpus, artrites, hepatite autoimune, esclerose múltipla, outras):

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

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

7 - Doença Digestiva (Exemplos: Hérnias (umbilical, inguinal, hiato), úlcera, colite, pedra na vesícula, hemorroida, diverticulite, outras):

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

Se sim: 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):

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

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

9 - Doença Mamária (Exemplos: nódulos, cistos, calcificações, tumorações, outras):
☐ **Não** | ☐ **Sim**, qual(is): _____ | Desde quando: _____
Se sim: Realizou cirurgia, procedimento ou tratamento? Detalhar abaixo: quando e motivo.

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, labirintite 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, vitiligo, alergias, dermatite atópica, 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 Auditivas e/ou Visuais (Exemplos: visão: hipermetropia, miopia, astigmatismo, catarata, estrabismo, glaucoma, cegueira. Audição: surdez, perfuração timpânica, perda auditiva, 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 - Você já recebeu um diagnóstico ou avaliação médica relacionada à incongruência de gênero?
☐ **Não** | ☐ **Sim** | ☐ **Prefiro não responder**
Se sim:
a) Você já realizou ou está em tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico para afirmação de gênero, como terapia hormonal ou acompanhamento psicoterapêutico?
☐ **Não** | ☐ **Sim** | ☐ **Prefiro não responder**
Se sim: detalhar qual(is):_____
b) Você faz uso de hormônios ou outros medicamentos para afirmação de gênero, como testosterona, estrogênio ou bloqueadores hormonais?
☐ **Não** | ☐ **Sim** | ☐ **Prefiro não responder**
Se sim: detalhar qual(is):_____
c) Você já realizou ou tem intenção de realizar cirurgias relacionadas à afirmação de gênero (exemplo: mastectomia, feminilização facial, redesignação sexual, entre outras)?
☐ **Não** | ☐ **Sim** | ☐ **Prefiro não responder**

Se sim: detalhar qual(is):_____

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: _____/_____/_____