

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

### 1. NOME DO BENEFICIÁRIO

NOME	TIPO DE VÍNCULO
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente

### Instruções Gerais

- a) A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, ou seja, aquelas de que o(a) Sr(a) tenha conhecimento ou que tenha diagnóstico confirmado no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou do dependente que está representando.
- b) Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecida a Cobertura Parcial Temporária (CPT) - aquela que admite a 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, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde.
- c) A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o(a) Sr(a) saiba ser portador(a) no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, configura fraude e pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Neste caso, o(a) Sr(a) será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada. Nenhuma cobertura poderá ser negada para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora comprove perante ANS a omissão do(a) Sr.(a) no ato do preenchimento da declaração.
- d) Todas as páginas da declaração de saúde devem ser rubricadas e o preenchimento deverá ser realizado pelo próprio beneficiário, salvo quando se tratar de menor de idade ou incapaz, devidamente comprovado.
- e) O beneficiário declara que leu e assinou a Carta de Orientação ao Beneficiário anexa, que é parte integrante da presente Declaração de Saúde.

### 2. ASPECTOS GERAIS

IDADE	PESO	ALTURA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANS nº 30262-7

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESP. LEGAL

---



### 3. QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

<p>Leia com atenção para preencher corretamente o Questionário de Saúde. Este documento é fundamental para o seu ingresso no referido plano de saúde.</p>	
<p>Responda as questões abaixo nos informando: se possui alguma doença; há quanto tempo; a localização e se está fazendo algum tratamento:</p>	
1	<p><b>Doenças do Sistema Respiratório</b> (asma, bronquite, enfisema, desvio de septo, adenoide, sinusite, pneumonias de repetição, outras). <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ESCREVA AQUI:</p>
2	<p><b>Doenças do Sistema Cardiovascular</b> (hipertensão arterial, angina, infarto do miocárdio, derrames, doença coronariana, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, varizes, trombose aneurismas, vasculite e outras). <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ESCREVA AQUI:</p>
3	<p><b>É portador de marcapasso?</b> Detalhe quando foi a colocação. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ESCREVA AQUI:</p>
4	<p><b>Doenças do Sistema Osteomuscular</b> (hérnia de disco, deformidade óssea, osteoporose, lesão de menisco e/ou ligamentos, desvio de coluna, bursite, artrite, artrose, gota, lúpus, tenosinovites, escoliose, lordose e outros). <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ESCREVA AQUI:</p>
5	<p><b>Doenças do Sistema Digestivo</b> (gastrite, úlcera, esofagite, colite, cirrose hepática, hepatites, pancreatite, hérnia de hiato, hérnia umbilical, hérnia inguinal, doença de Crohn, pedra na vesícula, hemorroidas, diverticulites, má oclusão, macrognatismo, prognatismo e outras). <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ESCREVA AQUI:</p>
6	<p><b>Doenças do Sistema Genito Urinário</b> (cálculos renais, insuficiência renal, rins policísticos, infecção urinária de repetição, incontinência urinária, infertilidade, endometriose, mioma uterino, cisto de ovário, doenças da próstata, outras). <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ESCREVA AQUI:</p>
7	<p><b>Doenças do Sistema Neurológico</b> (doença de Parkinson, Mal de Alzheimer, epilepsia, esclerose múltipla, paralisia ou derrame cerebral, problemas de equilíbrio, aneurisma, acidente Vascular Cerebral (AVC) apneia do sono e outras). <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ESCREVA AQUI:</p>
8	<p><b>Doenças Endócrinas e Metabólicas</b> (Diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, obesidade, Síndrome dos Ovários Policísticos, Doença de Cushing, Doença de Addison e outras). <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ESCREVA AQUI:</p>
9	<p><b>Doenças do Sangue, Imunológicas ou Autoimunes</b> (anemias, púrpuras, talassemias, HIV, AIDS, Lúpus Eritematoso, malária, artrite reumatoide, Esclerose múltipla, Tireoidite de Hashimoto, Vitiligo, tuberculose Anemia hemolítica autoimune e outras). <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESP. LEGAL



	ESCREVA AQUI:	
10	<b>Doenças Psiquiátricas</b> (Psicose, Esquizofrenia, Transtorno bipolar, depressão, transtornos da personalidade associado a dependência química como alcoolismo e drogas, síndrome do pânico Transtornos emocionais, retardo mental e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
11	<b>Doenças Cancerígenas</b> (câncer de mama, pele, próstata, pulmão, fígado, estômago, colorretal, leucemia e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
12	<b>Doenças Hematológicas</b> (anemia, leucemia, hemofilia, trombocitopenia, doença falciforme e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
13	<b>Doenças de Pele e Alérgicas</b> (nevus, hemangiomas, psoríase, dermatite, sinais, rinite, urticária, hiperidrose ( excesso de suor nas mãos, axilas, rosto) e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
14	<b>Doenças Congênitas</b> (síndrome de down, Transtorno do Espectro do Autismo, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, Daltonismo, Síndrome de Edwards, Cardiopatias congênitas, Anencefalia, microcefalia ou hidrocefalia, síndrome de Klinefelter Doença de Huntington, má formação congênitas e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
15	<b>Doenças do Ouvido</b> (surdez, otites, labirintite, Síndrome de Usher, Doença de Ménière, Neuroma do Acústico e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
16	<b>Doenças dos Olhos</b> (hipermetropia, miopia, astigmatismo, catarata, estrabismo, glaucoma, ceratocone, Retinopatia diabética, Degeneração macular relacionada à idade, cegueira e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Nos casos hipermetropia, miopia e astigmatismo, especificar o grau. olho direito:_____olho esquerdo:_____	
	ESCREVA AQUI:	
17	<b>Faz uso de prótese ou órtese?</b> (pinos, parafusos, placas, marcapasso, fios, stent, silicone e outros). A indicação foi estética?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
18	<b>Está grávida?</b> Em caso afirmativo, há quanto tempo.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
19	<b>Doenças relacionadas ao trabalho?</b> Possui silicose, asma ocupacional, Lesões por Esforços Repetitivos ou Distúrbios Osteomoleculares?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	



20	<b>Já realizou alguma cirurgia?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
21	<b>Já sofreu algum acidente?</b> seja no trabalho, doméstico ou envolvimento veículo automotor?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
22	<b>Faz uso de alguma medicação de uso contínuo?</b> Descreva de hospitalar ou domiciliar, se via oral ou injetável	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
	<b>Possui sobrepeso ou obesidade?</b> Caso positivo, detalhe o grau	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
23	<b>Possui alguma doença crônica não listada na relação acima?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	

Comentários e informações adicionais a respeito das questões formuladas que o beneficiário entenda importante registrar:

#### 4. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT) E RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS NO PERÍODO DE CUMPRIMENTO DE CPT:

4.1. No caso de Cobertura Parcial Temporária, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, Unidade Coronariana ou Neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC, tais como tomografia, ressonância magnética, hemodiálise, quimioterapia, etc, exclusivamente relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 (vinte e quatro) meses contados da assinatura do contrato.



## 5. AGRAVO

Trata-se de um acréscimo nos valores da mensalidade, por um período de até 24 meses, que podem proporcionar integral acesso às coberturas que ficariam suspensas. Tal valor será calculado de acordo com o risco associado a cada caso em específico, por meio de cálculos atuariais, podendo chegar até a 40% sobre o valor da mensalidade.

## 6. MÉDICO ORIENTADOR

O beneficiário TITULAR, bem como seus dependentes, têm ciência de que foram oferecidas as seguintes opções para o preenchimento desta Declaração de Saúde. Declaro que optei por:

- ( ) ser orientado(a) por médico(a) designado(a) pela CAMPE.
- ( ) ser orientado(a) por médico(a) de minha escolha.
- ( ) dispensar a presença do médico orientador para auxiliar-me, por entender que não houve, de minha parte, qualquer dúvida com relação às perguntas formuladas e suas implicações.

Carimbo e assinatura do médico(a)	Local Data
_____	_____

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade, podendo a CAMPE considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas em relação ao meu estado de saúde e/ou de meu(s) dependentes(s).

Concordo que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato do plano a ser celebrado com a Caixa de Assistência dos Magistrados de Pernambuco – CAMPE, que ficará autorizada a utilizá-las em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional.

De conformidade com o art. 766 e parágrafo único, do Código Civil Brasileiro, declaro estar ciente que, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação desta Proposta de Adesão, perderei o direito ao Plano de Assistência.

Assinatura do Proponente Titular/Beneficiário	Local e Data
_____	_____

**ANS nº 30262-7**

