

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1. NOME DO BENEFICIÁRIO

NOME <input type="text"/>	TIPO DE VÍNCULO <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 oferecido 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, 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.

2. ASPECTOS GERAIS

IDADE <input type="text"/>	PESO <input type="text"/>	ALTURA <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>Doenças do Sistema Respiratório (asma, bronquite, enfisema, desvio de septo, adenoide, sinusite, outras). <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ESCREVA AQUI:</p>
2	<p>Doenças do Sistema Cardiovascular (hipertensão arterial, doença coronariana, varizes, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, outras). <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ESCREVA AQUI:</p>
3	<p>Doenças do Sistema Osteomuscular (hérnia de disco, osteoporose, lesão de menisco e/ou ligamentos, bursite, artrite, artrose, gota, lúpus, tenosinovites, escoliose, lordose e outros). <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ESCREVA AQUI:</p>
4	<p>Doenças do Sistema Digestivo (gastrite, úlcera, colite, cirrose hepática, hepatites, pancreatite, hérnia de hiato, hérnia umbilical, hérnia inguinal, pedra na vesícula, hemorroidas, diverticulites, má oclusão, macrognatismo, prognatismo e outras). <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ESCREVA AQUI:</p>
5	<p>Doenças do Sistema Genito Urinário (cólica renal, insuficiência renal, doenças da próstata, infertilidade, endometriose, mioma, cisto de ovário, infecção urinária, doenças da mama e outras). <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ESCREVA AQUI:</p>
6	<p>Doenças do Sistema Neurológico (mal de Parkinson, doença de Alzheimer, paralisia, seqüela de derrame, apneia do sono e outras). <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ESCREVA AQUI:</p>
7	<p>Doenças do Sistema Endócrino (Diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, obesidade, desnutrição e outras). <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ESCREVA AQUI:</p>
8	<p>Doenças infecto contagiosas (AIDS/HIV, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis e outras). <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ESCREVA AQUI:</p>
9	<p>Doenças psiquiátricas (Psicose, esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão, transtornos da personalidade associado a dependência química, síndrome do pânico e outras). <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ESCREVA AQUI:</p>

ANS nº 30262-7

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESP. LEGAL



10	Doenças cancerosas (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, leucemia e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
11	Doenças hematológicas (anemia, hemofilia, trombocitopenia, trombofilias e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
12	Doenças de pele e alérgicas (nevus, hemangiomas, sinais, rinite, urticária, hiperidrose (excesso de suor nas mãos, axilas, rosto) e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
13	Doenças Congênitas (síndrome de down, transtorno do espectro do autismo, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, má formações e outras) - especifique os problemas relacionados exemplo: cardíaco, respiratório, visão, urinário e outros.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
14	Doenças do ouvido (surdez, otites, labirintite, Síndrome de Usher, Neuroma do Acústico e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
15	Doenças dos olhos (hipermetropia, miopia e astigmatismo, catarata, estrabismo, glaucoma, ceratocone, retinopatia e cegueira).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Nos casos hipermetropia, miopia e astigmatismo, especificar o grau.	
	olho direito: _____ olho esquerdo: _____	
	ESCREVA AQUI:	
16	Faz uso de prótese, órtese (pinos, parafusos, placas, fios silicone e outros). A indicação foi estética?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	ESCREVA AQUI:	
17	Está grávida? Em caso afirmativo, há quanto tempo.	<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:

ANS nº 30262-7

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESP. LEGAL



4. 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. Ficando a CAMPE autorizada a utilizá-la 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

