

OS CAMPOS ABAIXO SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO E NÃO PODERÃO SER RASURADOS

Dados do titular do plano

Nome:

Doc. Identidade:

Data de Nascimento:

Patrocinadora:

Matrícula:

Dados do dependente

Nome:

Parentesco:

Sexo:

Idade:

Nome:

Parentesco:

Sexo:

Idade:

Nome:

Parentesco:

Sexo:

Idade:

Nome:

Parentesco:

Sexo:

Idade:

Nome:

Parentesco:

Sexo:

Idade:

Para fins de esclarecimento, seguem abaixo as definições estabelecidas na Resolução da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, RN 162/2007:

1 - Cobertura Parcial Temporária (CPT) - aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

2 - Agravo - qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário;

3 - No preenchimento da presente declaração, o consumidor possui a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou optar por um profissional de sua livre escolha, caso em que as despesas com honorários serão de sua inteira responsabilidade;

4 - A declaração de saúde possui por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes;

5 - A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, poderá acarretar a suspensão ou a exclusão do plano. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento integral das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicação ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Aceito a ajuda do profissional médico para orientação do preenchimento da Declaração de Saúde de doença ou lesão preexistente não declarada.

Dispensou a ajuda do profissional médico para orientação do preenchimento da Declaração de Saúde.

Dados do profissional

Preencher de próprio punho

Nome:

CRM:

Assinatura

Data:

Assinatura do Titular:

Data:

Preencha as informações abaixo:

TITULAR	DEPENDENTE 1	DEPENDENTE 2	DEPENDENTE 3	DEPENDENTE 4	DEPENDENTE 5
Peso:	Peso:	Peso:	Peso:	Peso:	Peso:
Altura:	Altura:	Altura:	Altura:	Altura:	Altura:

RESPONDA ÀS QUESTÕES ABAIXO, UTILIZANDO OS ESPAÇOS RESERVADOS AO TITULAR E SEUS DEPENDENTES.

Marque com x as opções abaixo. Escolha "SIM" caso esteja ciente de que é portador de tal condição, caso contrário assinale "NÃO".

TITULAR

DEPENDENTES

1

2

3

4

5

1 É portador(a) de doenças do aparelho cardio-circulatório, veias e artérias? (pressão alta, angina, infarto, sopro cardíaco, má formações congênitas, arritmias, entre outras, inclusive congênitas, varizes, flebites);

() Sim () Sim () Sim () Sim () Sim () Sim
 () Não () Não () Não () Não () Não () Não

2 É portador(a) de doenças endócrinas ou metabólicas? (diabetes, tireóide, obesidade, outros distúrbios hormonais, inclusive congênitos);

() Sim () Sim () Sim () Sim () Sim () Sim
 () Não () Não () Não () Não () Não () Não

RESPONDA ÀS QUESTÕES ABAIXO, UTILIZANDO OS ESPAÇOS RESERVADOS AO TITULAR E SEUS DEPENDENTES.

Marque com x as opções abaixo. Escolha "SIM" caso esteja ciente de que é portador de tal condição, caso contrário assinala "NÃO".

	TITULAR	DEPENDENTES				
		1	2	3	4	5
<p>3 É portador(a) de problemas pulmonares? (asma, bronquite, efizema, insuficiência respiratória, inclusive congênitas, entre outras);</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>4 É portador(a) de doenças do aparelho digestivo? (Fígado: hepatite, cirrose / Estômago: gastrite, úlcera, hérnia / Intestino preso, diarreias freqüentes, hemorróidas / esôfago, pedra na vesícula biliar;</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>5 É portador de doenças dos órgãos genitais masculinos? (próstata, testículo, pênis) - impotência, esterilidade, varicocele, inclusive doença congênita;</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>6 É portadora de doenças ginecológicas e das mamas? (períneo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, esterilidade, doenças congênitas, entre outras);</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>7 É portador(a) de problemas urinários renais ou da bexiga? (cálculos, infecções dos rins, insuficiência renal, incontinência urinária, inclusive doenças congênitas, entre outras);</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>8 É portador(a) de doenças infecto-contagiosas? (relacionadas ao vírus HIV, lepra, tuberculose, entre outras;</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>9 É portador (a) de alguma doença do sangue? (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, sangramentos, entre outras;</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>10 É portador(a) de alguma doença do ouvido, nariz ou garganta? (diminuição da audição, perfuração do tímpano, infecções freqüentes, problemas de adenóide, tumor, desvio de septo, sinusite, amigdalite crônica, inclusive congênitas, entre outras);</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>11 É portador (a) de doenças oftalmológicas? (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, pterígio, estrabismo, problemas ou alterações da retina, entre outros);</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>12 É portador(a) de doenças ou más formações (defeitos) congênitas ou hereditárias (familiares)?</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>13 É portador (a) de doenças ou tumorações malignas ou benignas (câncer)?</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

RESPONDA ÀS QUESTÕES ABAIXO, UTILIZANDO OS ESPAÇOS RESERVADOS AO TITULAR E SEUS DEPENDENTES.

Marque com x as opções abaixo. Escolha "SIM" caso esteja ciente de que é portador de tal condição, caso contrário assinale "NÃO".

	TITULAR	DEPENDENTES				
		1	2	3	4	5
14 É portador(a) de alguma doença neurológica? (derrame cerebral, epilepsia, convulsões, desmaios, aneurisma cerebral, dores de cabeça frequentes, paralisia cerebral, Parkinson, esclerose múltipla, deficiência mental ou motora (movimentação dos membros), inclusive congênitas, entre outras);	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15 Sofre de algum transtorno psiquiátrico? (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardamento, entre outros)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
16 É portador (a) de alguma dependência química? (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras);	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
17 É portador de alguma doença da pele? (psoríase, dermatite, vitiligo, tumorações, alergias, manchas, sinais ou cicatrizes, inclusive congênita, entre outras);	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
18 É portador (a) de problemas ortopédicos ou doenças reumáticas? (artrose, artrite, hérnia de disco, fraturas que deixaram sequelas, osteoporose, escoliose, lombalgia, desvios da coluna, inclusive congênitas, entre outras);	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
19 Possui algum tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado para os próximos meses? Especificar;	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
20 Realiza ou realizou diálise ou hemodiálise? Especificar;	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
21 Realiza ou realizou quimioterapia, braquiterapia ou radioterapia? Especificar;	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
22 Possui marca-passo ou outra prótese interna? (pinos, placas, parafusos). Especificar;	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
23 Já foi submetido (a) a alguma cirurgia que deixou sequelas? Especificar;	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
24 É portador(a) de obesidade mórbida? Especificar seu peso e altura;	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
25 É portador (a) de alguma doença ou foi submetido (a) a alguma cirurgia ou tratamento que não foi mencionado acima? Especificar.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Local:

Data:

Assinatura do Titular:

RG:

EM CASO DE RESPOSTAS POSITIVAS NAS PÁGINAS ANTERIORES, DESCREVA NOS ESPAÇOS ABAIXO, A DOENÇA, INFORMANDO O NÚMERO DO ITEM E RELACIONANDO AO TITULAR OU AO DEPENDENTE A QUEM SE REFERE.

ITEM	TEMPO DA DOENÇA	TITULAR	DEPENDENTES				
			1	2	3	4	5

ITEM	TEMPO DA DOENÇA	TITULAR	DEPENDENTES				
			1	2	3	4	5

ITEM	TEMPO DA DOENÇA	TITULAR	DEPENDENTES				
			1	2	3	4	5

ITEM	TEMPO DA DOENÇA	TITULAR	DEPENDENTES				
			1	2	3	4	5

ITEM	TEMPO DA DOENÇA	TITULAR	DEPENDENTES				
			1	2	3	4	5

ITEM	TEMPO DA DOENÇA	TITULAR	DEPENDENTES				
			1	2	3	4	5



CAMPO DE USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO LIBERTAS

RESTRIÇÃO	ITEM	BENEFICIÁRIO	DESCRIÇÃO	MESES	CID-10

Restrições: (1) Cirúrgico (2) Uso de leito de Alta Tecnologia (3) Procedimento de Alta Complexidade

Belo Horizonte, Data:

Assinatura e Carimbo do Médico(a) responsável