

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

NOME DO DECLARANTE		
ENDEREÇO RESIDENCIAL		
BAIRRO	CIDADE	ESTADO
CEP	DATA NASCIMENTO	CPF
TELEFONE	E-MAIL	
NOME DA EMPRESA	CÓDIGO DA EMPRESA	

DECLARO TER CONHECIMENTO QUE:

O conteúdo desta Declaração servirá de base para o cumprimento do artigo 11 da Lei nº 9656/98 e das Resoluções ANS/RN nº 20/2002 e ANS/RN nº 162/2007 e **tem como objetivo registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes**, que são aquelas das quais tenho conhecimento no momento da contratação ou adesão ao plano em relação a mim ou a qualquer de meus dependentes.

DISPONHO DE MÉDICO DA PROMÉDICA para auxiliar-me, **sem ônus financeiro**, no preenchimento desta Declaração, **mas POSSO OPTAR PELO AUXÍLIO DE UM MÉDICO DA MINHA CONFIANÇA**, caso em que **as despesas serão de minha responsabilidade**.

Definições sobre CPT e Agravo:

- CPT (Cobertura Parcial Temporária) – não terei direito a cobertura, por um período de 24 (vinte e quatro) meses, para os procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada.

- Agravo - acréscimo no preço mensal de meu plano para ter direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.

A OMISSÃO de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual eu saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, **PODERÁ ACARRETER A SUSPENSÃO OU O CANCELAMENTO DO CONTRATO** e, ocorrendo esta hipótese, serei responsável pelo pagamento das despesas realizadas com procedimentos que seriam objetos de Cobertura Parcial Temporária (CPT).

RESPONDA ABAIXO SE SOFREU OU É PORTADOR DE LESÕES OU DOENÇAS:

1. Infecciosa bacteriana ou viral e/ou parasitária, a exemplo de Tuberculose, Hanseníase, Hepatite, AIDS ou outra?

Não () Sim () Qual ? _____

2. Cisto, Tumor Benigno ou Maligno (câncer) em qualquer local do corpo; Linfoma, Leucemia ou outro?

Não () Sim () Qual ? _____

3. No sangue, ou de transtornos do sistema imunológico, a exemplo de Anemia, Defeitos de Coagulação, Púrpuras, Alergias ou outra?

Não () Sim () Qual ? _____

4. Endócrina, nutricional ou Metabólica, tipo Hipo ou Hipertireoidismo, Diabetes, Desnutrição, Obesidade, Fibrose Cística ou outra?

Não () Sim () Qual ? _____

5. Transtorno Mental ou Comportamental, tipo Esquizofrenia, Depressão, Transtornos Alimentares (Anorexia por exemplo), Alcoolismo, Toxomania ou outros?

Não () Sim () Qual ? _____

6. Doença Neurológica, como Mal de Parkinson, D. de Alzheimer, Epilepsia, Esclerose Múltipla, Distrofia Muscular, Enxaqueca, Neuropatias, ou outra?

Não () Sim () Qual ? _____

7. Do olho e anexos, a exemplo de Pterígio, Glaucoma, Estrabismo, Distúrbios Visuais ou outra?

Não () Sim () Qual ? _____

8. Do ouvido e Apófise Mastóide, a exemplo de Otites, Colesteatoma, Surdez, ou outra?

Não () Sim () Qual ? _____

9. Do Aparelho Circulatório, a exemplo de Hipertensão Arterial, Doenças do Coração e Válvulas Cardíacas, Derrame Cerebral (AVC) ou Seqüelas, Arteriosclerose, Aneurismas, Varizes dos Membros Inferiores, Flebites ou outra?

Não () Sim () Qual ? _____

10. Do Aparelho Respiratório, tipo Rinite Alérgica, Sinusite, Amigdalite Crônica, da Laringe, Bronquite Crônica, Enfisema, Asma ou outra?

Não () Sim () Qual ? _____

11. Do aparelho Digestivo, tais Como Refluxo, Hérnia de Hiato, Gastrite, Úlcera, Colite, Enterite, Doença da vesícula biliar, Doenças do Fígado, Hérnia, Diverticulite, Hemorróidas, Fissuras ou Fístulas da região anal ou retal, Pancreatite ou outra?

Não () Sim () Qual ? _____

12. Da Pele e Tecido subcutâneo, a exemplo de Cisto Pilonidal, Pênfigo, Psoríase, Vitiligo, Úlceras, Lupus Eritematoso ou outra?

Não () Sim () Qual ? _____

13. Ortopédica e/ou do tecido conjuntivo, a exemplo de Artrites, Artroses, Bursites, Hérnia de disco, Osteoporose, Sinovites ou Tenosinovites, deformidades dos membros ou articulações, congênitas ou adquiridas ou outra?

Não () Sim () Qual ? _____

14. Do Aparelho Genitourinário, a exemplo Insuficiência Renal, Cálculos Renais, Hipertrofia de próstata, Hidrocele, Infertilidade Masculina ou Feminina, Doenças da Mama, do Ovário, Útero ou outra?

Não () Sim () Qual ? _____

15. Patologia Congênita, deformidade ou anomalia genética, a exemplo de Microcefalia, Espinha Bífida, Cardiopatia congênita, Fenda Palatina ou Labial, Síndrome de Down ou outra?

Não () Sim () Qual ? _____

16. Complicação/lesão pós-procedimentos médicos ou cirúrgicos para Implante de Prótese, Enxertos Cardíacos, Vasculares, Implante de Órgãos ou Tecidos (falha ou rejeição de transplantados) ou outra?

Não () Sim () Qual ? _____

17. É portador de Seqüelas de Traumatismos, Fraturas, Queimaduras ou outra causa externa?

Não () Sim () Qual ? _____

OBSERVAÇÃO:

Espaço reservado aos comentários e informações adicionais a respeito das questões formuladas, que o declarante entenda importante registrar:

Declarante dispensou a presença de médico orientador Declaração preenchida na presença do médico orientador da PROMÉDICA

Declaração preenchida na presença de médico de minha confiança

Local _____ Médico Orientador
Data / / Assinatura / CRM

Declaro, sob as penas da lei, que li esta declaração e não tenho qualquer dúvida a seu respeito, assumindo integral responsabilidade pelas informações aqui prestadas.

LOCAL _____

DATA / /

_____ Assinatura do Declarante ou seu representante legal