

Esta declaração é parte integrante do Contrato que ora se assina, válida para os beneficiários identificados na PROPOSTA DE ADMISSÃO. Estou ciente da minha obrigação de informar nesta oportunidade, em meu nome e dos meus dependentes, se portador ou não de lesões ou doenças pré-existentes, sob pena de imputação de fraude. Declaro ainda que a UNIMED orientou-me para o preenchimento da presente declaração.

 DECLARO QUE ABRI MÃO DA UTILIZAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO PARA AUXILIAR-ME NO PREENCHIMENTO DA PRESENTE DECLARAÇÃO.

 DECLARO QUE FUI AUXILIADO PELO MÉDICO ORIENTADOR.

	NOMES	Peso	Altura	Idade
T				
D1				
D2				
D3				
D4				
D5				

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nº	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para as respostas afirmativas e (N) para negativas.	Dependentes					
		T	D1	D2	D3	D4	D5
01	Sofre(u) de doenças infecto-contagiosas (AIDS, Hepatite, Chagas, Tuberculose, Menigite, Outros)? Especifique						
02	Sofre(u) de doenças respiratórias (Enfisema, Asma, Bronquite, Pneumonia, Outros)? Especifique.						
03	Sofre(u) de problemas ortopédicos (Escoliose, Cifose, Artrose, Fraturas, Hérnia de Disco) ou outro distúrbio ósseo ou de membros? Especifique						
04	Sofre(u) de doenças neurológicas (Derrame Cerebral ou Outros)? Especifique						
05	Sofre(u) de Diabetes?						
06	Sofre(u) de Câncer (Tumoração ou Leucemia)? Especifique.						
07	Sofre(u) de Hérnia de qualquer natureza? Especifique.						
08	Sofre(u) de doenças cardíaca, vascular ou hipertensão arterial? Especifique.						
09	Sofre(u) de doenças do aparelho urinário (rins, bexiga, próstata, uretra)? Especifique.						
10	Sofre(u) de algum distúrbio psiquiátrico ou retardo físico-mental? Especifique.						
11	Sofre(u) de doenças ginecológicas (cisto de ovário, endometriose, mioma, incontinência urinária, tumor de mama)? Especifique						
12	Sofre(u) de doenças reumatológicas (Reumatismo, Artrite, outros)? Especifique						
13	Sofre(u) de seqüela de acidente, moléstia adquirida ou congênita? Especifique.						
14	Sofre(u) de úlcera ou outras doenças do aparelho digestivo (fígado, vesícula, biliar, intestinos)? Especifique.						
15	Tem indicação de submeter-se a alguma intervenção cirúrgica? Especifique.						
16	Tem qualquer deficiência visual (Catarata, Glaucoma, Miopia, Outros) ou Auditiva? Especifique.						
17	Faz (fez) tratamentos diferenciados: quimioterapia, corticoideterapia, radioterapia, fisioterapia, insulino terapia ou hemodiálise. Especifique						
18	Sofre(u) de alguma doença não relacionada acima que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de exame ou tratamento? Especifique.						

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nº	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para as respostas afirmativas e (N) para negativas.	Dependentes					
		T	D1	D2	D3	D4	D5
19	É portador (a) de Obesidade Mórbida? Especificar seu peso e altura.						
20	Faz (fez) uso de marca passo ou prótese cardíaca ou ortopédica?						
21	É portador(a) de abdôme em pêndulo, mama gigante e/ou alguma deformidade física? Especifique.						
22	Possui cirurgia programada para os próximos 12 meses?						
23	Sofre(u) de alguma doença não relacionada acima? Especifique.						

Em caso de criança (menor de 5 anos), acrescentar:

24	Problemas na gestação?						
25	Nasceu de parto normal?						
26	Nasceu de cesárea?						
27	Nasceu prematuro?						
28	A termo.						
29	Ao nascer necessitou de internação?						
30	Em UTI?						
31	Sofre de refluxo gastro-esofageano?						
32	Sofre de problemas com convulsões?						

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos, especificar o item, proponente, motivo e data do evento

Nº	Proponente	Data do Evento	Especificações

Declaro para os devidos fins e efeitos que as informações de saúde relativas a mim e a meus dependentes foram espontaneamente feitas, estando ciente que nos termos da lei Nº 9656/98 a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das carências, poderá ser considerada como comportamento fraudulento, implicando na minha responsabilidade pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica, e finalidade previstos na lei. Com base nas respostas afirmativas da presente declaração de saúde, caracterizada assim lesão ou doença pré-existente, ficam estabelecidas as coberturas parciais temporárias estabelecidas na Proposta de Admissão.

Cidade

_____/_____/_____

Data da Declaração

Assinatura do Titular ou Responsável