

NOME DO TITULAR: _____

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Nos termos da legislação vigente, a presente declaração integra o Contrato de Assistência à Saúde, firmado junto a Plamed.

Esta declaração deverá ser preenchida de próprio punho e assinada pelo titular ou representante legal, nos casos em que o mesmo seja menor ou incapaz, sendo válida para todos os beneficiários inscritos no Contrato.

Salvo autorização prévia da ANS, decorrente de processo administrativo instaurado pela operadora, para tanto. Nenhuma cobertura poderá ser suspensa e/ou negada ao beneficiário para as doenças ou lesões preexistentes não declaradas no momento do preenchimento desta declaração.

Havendo omissão sobre a existência de doença ou lesão preexistente de que saiba ser portador, no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, o beneficiário está ciente de que tal omissão poderá acarretar a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, assumindo, neste caso, a partir da notificação da operadora sobre a doença ou lesão preexistente não declarada, o pagamento integral das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida.

No preenchimento dessa declaração, o beneficiário poderá optar pela orientação de um médico indicado pela operadora, sem quaisquer ônus, ou por um de sua confiança, assumindo para tanto, o respectivo ônus financeiro.

No caso de doença ou lesão preexistente declarada, a operadora oferecerá a opção da 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 Procedimento 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, e o Agravado, como 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.

Os campos abaixo deverão ser preenchidos com **S (SIM)** ou **N (NÃO)**

PERGUNTAS E ESCLARECIMENTOS		Titular	1º Dep	2º Dep	3º Dep	4º Dep	5º Dep
01	Tem diabetes ou suas complicações (retinopatia, nos rins, coração, outras)?						
02	Tem sequela de acidente ou doença, que motive tratamento ou internamento?						
03	Tem alguma deficiência física, psicológica, mental, ou doença congênita?						
04	Tem problemas ortopédicos (artrose, fratura, hérnias de disco, outros)?						
05	Tem doença ginecológica como mioma, cisto, etc, ou da mama, nódulos, outras?						
06	Tem alguma doença cardíaca, vascular, hipertensão arterial, outras correlatas?						
07	Tem doença pulmonar (asma, bronquite, pneumonia, enfisema, outras)?						
08	Faz tratamento de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou transfusão?						
09	Tem doença do aparelho digestivo (gastrite, úlceras, cirrose, hepatite, colite)?						
10	Tem tumor benigno ou maligno?						
11	Tem doença neurológica, tipo acidente vascular cerebral (derrame), ou outras?						
12	Tem doença do aparelho urinário (rins, bexiga, próstata, hérnias, uretra, outras)?						
13	Tem alguma doença visual (catarata, miopia, glaucoma), outras?						
14	Tem doença reumatológica (lúpus, artrite reumatoide, outras)?						
15	Tem alguma doença otorrinolaringológica (rinite, sinusite, amígdalas, audição e outras)?						
16	Tem alguma doença dermatológica (cistos, sinais e outras)?						
17	Tem alguma doença infectocontagiosa (Hepatite, AIDS, Meningite, outras)?						
18	Faz uso de alguma prótese (lente de contato, marca-passo, válvula, outras)?						
19	Tem alguma doença hematológica - sangue (leucemia, anemia, hemofilia, linfoma e outras)?						
20	Sofre de doença alérgica?						
21	Faz tratamento ou sofre de alguma doença não relacionada acima?						
22	Já foi submetido a algum tipo de cirurgia?						
23	Descrição do peso.						
24	Descrição da altura.						

Para as respostas **afirmativas**, o titular deverá assinalar o item, o vínculo do beneficiário, motivo e a data do evento.

Itens	Beneficiário	Esclarecimentos sobre as doenças ou tratamentos retro declarados
1		
2		
3		
4		
5		

Quanto às doenças ou lesões aqui registradas, declaro ser optante do ☐ COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA ☐ AGRAVO.

No tocante à orientação médica, declaro que: 1 ☐ Tenho pleno conhecimento de todas as perguntas acima formuladas, nesta declaração, e que, portanto, dispense a referida orientação, assumindo, nos termos do Código Civil, total responsabilidade pelas informações por mim prestadas, 2 ☐ Realizei a entrevista qualificada com médico orientador que este, abaixo subscreve.

Local e Data

Assinatura do Titular ou Representante Legal

Carimbo e Ass. do Médico