

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Identificação:

Nome: _____ Data Nasc. ____/____/____

Grau de Parentesco

Titular

Esposa (o)

Filho (a)

Outros: _____

Nome do Titular: _____

Instruções Gerais:

1. No preenchimento dessa declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
2. A declaração de saúde tem 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.
3. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicando ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Aspectos Gerais:

1. Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____
2. Está fazendo algum tratamento médico?(**Sim ou Não**) _____ Especifique: _____
3. Sofre de alguma doença ocupacional? (ler, dort, lombalgia, outras) (**Sim ou Não**) _____
Especifique: _____
4. Sofre de alguma seqüela decorrente de Acidente de Trabalho? (**Sim ou Não**) _____
Especifique _____
5. Sofre de alguma seqüela decorrente de cirurgia? (**Sim ou Não**) _____
Especifique: _____
6. Sofre de alguma doença congênita? (síndrome de Down, outras) (**Sim ou Não**) _____
Especifique: _____

7. Sofre de alguma doença respiratória? (asma, bronquite, enfisema, desvio de septo, adenóide, outras) **(Sim ou Não)** _____ Especifique: _____
8. Sofre de alguma doença cardiovascular? (hipertensão arterial, doença coronariana, varizes, valvulopatias, outras) **(Sim ou Não)** _____ Especifique: _____
9. Sofre de alguma doença ortopédica? (hérnia disco, osteoporose, lesão menisco, bursite, artrites, artroses, escoliose, lordose, outras) **(Sim ou Não)** _____ Especifique qual e onde: _____
10. Sofre de alguma doença da audição? (surdez, otites, outros) **(Sim ou Não)** _____ Especifique: _____
11. Sofre de alguma doença da visão? (catarata, miopia, estrabismo, glaucoma, hipermetropia, astigmatismo, outras) **(Sim ou Não)** _____ Especifique: _____
Em caso de miopia, hipermetropia e astigmatismo informar o grau: olho direito _____ olho esquerdo _____
12. Sofre de alguma doença do aparelho digestivo? (gastrite, úlcera, colite, cirrose hepática, hepatites, pancreatite, hérnia de hiato, doença da vesícula biliar, hemorróidas, tumor, outras) **(Sim ou Não)** _____ Especifique: _____
13. Sofre de alguma doença do aparelho genito-urinário? (cólica renal, insuficiência renal, doenças de próstata, tumores, infertilidade, outros) **(Sim ou Não)** _____ Especifique: _____
14. Sofre de alguma doença neurológica? (mal de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, tumores, paralisia, outras) **(Sim ou Não)** _____ Especifique: _____
15. Sofre de alguma doença endócrina? (diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, outras) **(Sim ou Não)** _____ Especifique: _____
16. Sofre de alguma doença infecto contagiosa? (AIDS – inclusive portador de HIV, malária, tuberculose, doenças venéreas, outras) **(Sim ou Não)** _____ Especifique: _____
17. Sofre de alguma doença psiquiátrica ou dependência química?(psicose, depressão, alcoolismo, uso de outras drogas) **(Sim ou Não)** _____ Especifique: _____
18. Sofre de doença cancerosa? (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, outras) **(Sim ou Não)** _____ Especifique: _____
19. Sofre de doença hematológica? (anemia, leucemia, hemofilia, outros) **(Sim ou Não)** _____ Especifique: _____
20. Sofre de alguma doença de pele (nevus, sinais, outros) ou alérgicas (rinite, urticária, outras)? **(Sim ou Não)** _____ Especifique: _____
21. Sofre de distúrbio do sono ou apnéia do sono? **(Sim ou Não)** _____ Especifique: _____
22. Sofre de hiperhidrose (excesso de suor nas mãos, axilas, rosto ou outros locais) **(Sim ou Não)** _____ Especifique: _____
23. Sofre de alguma alteração da mandíbula, arcadas dentárias ou outras? **(Sim ou Não)** _____ Especifique: _____
24. Está aposentado por motivo de doença? **(Sim ou Não)** _____ Especifique: _____
25. Está afastado do trabalho ou serviço por motivo de doença? **(Sim ou Não)** _____ Especifique: _____
26. Faz uso de prótese(s), órteses(s) (pino, parafuso, placa, fios, outros) **(Sim ou Não)** _____ Especifique: _____
27. Sofre de alguma outra doença, não descrita nesta declaração? **(Sim ou Não)** _____ Especifique: _____

- O preenchimento contou com a presença do médico orientador _____

Assinatura e Carimbo do Médico Orientador

- O consumidor dispensou a presença do médico orientador.

Comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o consumidor entenda importante registrar.

PARECER DO MÉDICO AVALIADOR:

Apto a ingressar na Unimed

Apto, com restrição sem necessidade de perícia médica

Apto, com restrição com necessidade de perícia médica

Observações: _____

Assinatura e Carimbo do Médico Avaliador

Data : ____/____/____

Declaro para todos os fins que as informações acima prestadas são verdadeiras, nos termos previstos nas cláusulas 11.^a e 12.^a do contrato, estou ciente do parecer médico, e autorizo o uso e verificação de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins médico-legais.

Assinatura do Titular ou responsável legal

Data: ____/____/____

Assinatura do Dependente ou responsável legal

Data: ____/____/____

PERÍCIA MÉDICA

Quadro Clínico: _____

Resultado de Exames:

Relação dos Códigos (AMB e CID-10):

Parecer Final:

Assinatura e Carimbo do Médico Perito

Data : ____ / ____ / ____

Declaro para os devidos fins, que estou ciente dos resultados da perícia médica.

Assinatura do Titular ou responsável legal

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Dependente ou responsável legal

Data: ____ / ____ / ____