



DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Referente a proposta de adesão

ANS - nº 353353

Esta declaração é parte integrante do contrato que ora se assina, válido para todos os usuários indicados na PROPOSTA DE ADESÃO.

Estou ciente da minha obrigação de informar, nesta oportunidade, em meu nome e dos meus dependentes, se portador ou não de lesões ou doenças preexistentes, sob pena de imputação de fraude. Declaro que a UNIMED colocou a minha disposição profissionais médicos para orientação quanto ao preenchimento desta declaração.

1. DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Item	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para as respostas afirmativas e (N) para negativas	Titular	Dependentes											
			1	2	3	4	5	6	7	8				
1	Sofre(u) de alguma doença infectocontagiosa (AIDS, hepatite, Chagas, tuberculose, meningite, outras)? Especifique.													
2	Sofre(u) de doenças respiratórias (enfisema, asma, bronquite, pneumonia, outras)? Especifique.													
3	Sofre(u) de problemas ortopédicos (escoliose, cifose, artrose, fraturas, hérnia de disco) ou outro distúrbio ósseo ou de membros? Especifique.													
4	Sofre(u) de doenças neurológicas (derrame cerebral ou outra)? Especifique.													
5	Sofre(u) de diabetes?													
6	Sofre(u) de câncer (tumorção ou leucemia)? Especifique.													
7	Sofre(u) de hérnia de qualquer natureza? Especifique.													
8	Sofre(u) de doença cardíaca, vascular ou hipertensão arterial. Especifique.													
9	Sofre(u) de alguma doença do aparelho urinário (rins, bexiga, próstata, uretra)? Especifique.													
10	Sofre(u) de algum distúrbio psiquiátrico, psicológico 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 alguma doença reumatológica (reumatismo, artrite, outras)? 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 etc.)? 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) uso de tratamento diferenciado: quimioterapia, corticoideterapia, radioterapia, fisioterapia, insulino terapia ou hemodiálise?													

2. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

18	Sofre(u) alguma doença não relacionada acima que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de exame ou tratamento? Especifique.													
19	Faz uso habitual de algum medicamento? Especifique.													
20	É fumante?													
21	Faz (fez) uso de marca-passo ou prótese cardíaca/ortopédica?													
22	Sofre(u) de alcoolismo?													
23	É portador de abdômen em pêndulo, mama gigante e/ou alguma deformidade física? Especifique.													
24	Sofre(u) de alguma doença não relacionada acima? Especifique.													

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

ITEM	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 de que nos termos da Lei nº 9656/98 a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das carências/agravos poderá ser considerada comportamento fraudulento, implicando na minha responsabilidade pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica-hospitalar e finalidade previstas na lei. Com base nas respostas afirmativas da presente declaração de saúde, caracterizando assim lesão ou doença preexistente, ficam estabelecidas as coberturas parciais temporárias ou agravos estabelecidos na Proposta de Adesão.

_____/_____/_____
DATA DA DECLARAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR
(Ou responsável caso o titular seja menor de 18 anos)