CamedSaúde

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

www.camed.com.br email: camed@camed.com.br
Central de Relacionamento com o Cliente e Ouvidoria: 0800 704 7886

IDENTIFICAÇÃO

ASSOCIADO	
DEPENDENTE	*DATA DE NASCIMENTO* / /

INSTRUÇÕES

Leia com atenção as informações e perguntas que seguem, respondendo-as de PRÓPRIO PUNHO, de forma clara e precisa.

- A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, definidas como aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
- Ao preencher a Declaração de Saúde e assiná-la, o beneficiário assume a responsabilidade pelas infomações prestadas, sujeitando-se ao disposto no artigo 422 no Código Civil Brasileiro: "Art. 422. Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé".
- Caso venha a ser comprovada junto à ANS a omissão de informação sobre DLP (doenças e lesões pre existentes) conhecida e não declarada, a Legislação prevê a possibilidade de rescisão contratual e de responsabilização do beneficiário por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT (cobertura parcial temporária).

AGRAVO - 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.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – 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 Procedimentos 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.

- No preenchimento desta declaração, o proponente 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 os honorários serão de sua responsabilidade.

A Declaração de Saúde deve ser preenchida de próprio punho pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, se maior de 18 anos, em nome próprio e de seus BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, ou pelo responsável se o proponente for menor de 18 anos ou incapaz.

OS CAMPOS ABAIXO DEVERÃO SER PREENCHIDOS COM S (SIM) OU N (NÃO)

ITENS	SIM	NÃO
01. Portador(a) de doença das veias? (varizes, úlceras de perna e/ou outras)		
02. Portador(a) de doença do aparelho cárdio-circulatório? (angina, infarto, pressão alta ou outras)		
03. Portador(a) de doenças endócrinas/metabólicas? (diabetes, lúpus, tireóide, osteoporose ou outras)		
04. Portador(a) de doenças do aparelho digestivo? (fígado, vesícula, estômago, intestino ou outras)		
05. Portador(a) de hérnia? (inguinal, umbilical, incisional ou outras)		
06. Portador(a) de doenças do sangue? (anemia, hemofilia, púrpura, talassemia ou outras)		
07. Portador(a) de doenças do aparelho gênito-urinário? (calculose, infecção urinária, insuficiência renal, mioma, próstata, uretra, hidrocele, varicocele, fimose ou outras)		
08. Portador(a) de doenças do sistema nervoso? (derrame, paralisia cerebral, Parkinson, AVC, Alzheimer, epilepsia, tumor, distúrbio mental, uso de drogas ou outras)		
09. Portador(a) de doenças do aparelho respiratório? Auditivo? (adenóide, tuberculose, asma, alergia, amigdalite, desvio de septo, sinusite, otite, diminuição de audição ou outras)		
10. Portador(a) de doenças hereditárias ou má-formação congênita? Qual?		
11. Portador(a) de doenças ou tumor benigno ou maligno? (câncer)		
12. Portador(a) de doença nos olhos? (catarata, glaucoma, miopia, hipermetropia, presbiopia ou outras)		
13. Portador(a) de doença de pele? (nevus, eczemas, dermatites, queimaduras ou outras)		
14. Tem deficiência ou doença osteo-articular-muscular? Qual? Localização? (artrose, escoliose, dores na coluna, hérnia de disco ou outras)		

LOCAL E DATA

ASSINATURA DEPENDENTE / ASSOCIADO (CASO MENOR DE IDADE).

OS CAMPOS ABAIXO DEVERÃO SER PREENCHIDOS COM S (SIM) OU N (NÃO)

ITENS	SIM	NÃO
15. Portador (a) de alteração óssea da face: mandíbula, maxila, articulação têmporo-mandibular (ATM) ou alteração na mastigação, fala ou respiração? Usa ou usou aparelho ortodôntico?		
16. Tem ou teve doenças Infecto-contagiosas? Quais? (AIDS, Hepatite, Doença Sexualmente Transmissível ou outras)?		
17. Portador(a) de outra(s) doença(s) não citada(s) acima? Qual / Quais?		
18. Está Grávida? Quantos meses?		
19. Submeteu-se a alguma internação clínica? (Diagnóstico / Data)		
20. Submeteu-se a alguma intervenção cirúrgica? (Qual / Data)		
21. É portador(a) de Obesidade?		
22. Peso (kg)		
23. Altura (m)		
PARA USO DA CAMED - IMC (índice de massa corpórea: peso ÷ altura²):		

SE A RESPOSTA A ALGUM ITEM ACIMA FOR SIM, ESPECIFIQUE O ITEM NO QUADRO COMPLEMENTAR ABAIXO COM SEUS DEVIDOS ESCLARECIMENTOS.

ITEM	ESCLARECIMENTOS

HAVENDO DECLARAÇÃO OU IDENTIFICAÇÃO DE DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE O PROPONENTE CUMPRIRÁ CPT (COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA), QUE CONSISTE NA SUSPENSÃO DA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIBILIDADE (PAC), LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, EXCLUSIVAMENTE RELACIONADOS ÀS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES DECLARADAS OU IDENTIFICADAS. A SUSPENSÃO DA COBERTURA SERÁ POR UM PERÍODO ININTERRUPTO DE 24 MESES, A PARTIR DA DATA DE ADESÃO AO PLANO.

☐ Declaro ter conhecimento de todas as perguntas da declaração de saúde e que dispenso a orientação médica, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

☐ Declaro que fui orientado por médico de minha escolha

HOUVE A PRESENÇA DO MÉDICO ORIENTADOR? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

• Se houve presença do médico orientador, preencher os dados abaixo:

Carimbo com CRM e assinatura do médico orientador:	Nome legível do médico orientador:

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Assumo a responsabilidade por todas as informações prestadas. Declaro estar ciente e de acordo com os termos do artigo 5º da Resolução Normativa Nº 162/2007 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, onde se determina que o beneficiário deverá informar à Operadora, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP (Doenças e Lesões pre existentes), à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

Autorizo que médicos, clínicos e/ou hospitais prestem informações sobre o meu estado de saúde ou moléstias que eu possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultados de exames e tratamentos, isentando-os de qualquer responsabilidade que impliquem em ofensa ao sigilo profissional.

LOCAL E DATA ***ASSINATURA DEPENDENTE / ASSOCIADO (CASO MENOR DE IDADE).***