

Informações Importantes: Leia com muita atenção as perguntas que seguem, respondendo-as de próprio punho, de forma clara e precisa. O correto preenchimento deste documento, especialmente em relação a(às) doença(s) e lesão(ões) preexistente(s), é a sua garantia de cobertura contratual. Ao preencher a Declaração de Saúde e assiná-la, o beneficiário assume a responsabilidade pelas informações aqui prestadas, sujeitando-se ao disposto no artigo 422 do Código Civil Brasileiro.

ATENÇÃO: você precisará preencher uma DECLARAÇÃO DE SAÚDE para cada beneficiário

Nome

Responda «SIM» ou «NÃO» para cada item.

No caso de resposta «SIM» especifique no Quadro Descritivo do verso.

Você teve ou tem:

1. Doenças do Sistema Respiratório: (asma, bronquite, enfisema, nódulos pulmonares, desvio de septo, adenoide, hipertrofia amígdalas, sinusite, outras). ☐ SIM ☐ NÃO
2. Doenças do Sistema Cardiovascular: (hipertensão arterial, doença coronariana, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, varizes, hemorroidas, trombozes, tromboflebitides, flebitides, outras). ☐ SIM ☐ NÃO
3. Doenças do Sistema Osteomuscular: (osteoporose, lesão de menisco e/ou ligamentos, bursite, artrite, artrose, tenossinovites, lombociatalgia, hérnia de disco, desvios de coluna (como escoliose, lordose, cifose, outros). ☐ SIM ☐ NÃO
4. Doenças do Sistema Imunológico: (lúpus, artrites, polimiosite, hepatite auto imune, tireoidites, vitiligo, esclerodermia, esclerose múltipla, outras). ☐ SIM ☐ NÃO
5. Doenças do Sistema Digestivo: (hérnia de hiato, hérnia umbilical, hérnia inguinal, hérnia incisional, gastrite, úlcera, colite, cirrose hepática, hepatites, pancreatite, pedra na vesícula, hemorroidas, diverticulites, má oclusão, outras). ☐ SIM ☐ NÃO
6. Doenças em Boca: (mandíbula, arcada dentária, palato e lábios): má oclusão dentária, macro ou micrognatia, prognatismo, retrognatismo, fenda palatina, lábio leporino, outras). ☐ SIM ☐ NÃO
7. Doenças em Órgãos Genitais: (infertilidade, endometriose, cistos de ovários, miomas, doenças da próstata, pênis, testículos, outros). ☐ SIM ☐ NÃO
8. Doença em Mamas: (nódulos, cistos, tumorações, outros). ☐ SIM ☐ NÃO
9. Doença Sistema Urinário: (pedra nos rins, cólica renal, insuficiência renal, hematúria, infecção urinária, massas, tumores, cistos, outros). ☐ SIM ☐ NÃO
10. Doenças do Sistema Neurológico: (mal de Parkinson, doença de Alzheimer, paralisia, paralisia cerebral, atraso desenvolvimento neuro psicomotor, esclerose lateral amiotrófica, sequela de derrame, apneia do sono, tumores, massas, cistos e outras). ☐ SIM ☐ NÃO
11. Doenças do Sistema Endócrino: (Diabetes, doenças da tireoide (hiper ou hipotireoidismo), obesidade, desnutrição e outras). ☐ SIM ☐ NÃO
12. Doenças Infecto Contagiosas: (toxoplasmose congênita, rubéola congênita, zika, dengue, chicungunha, malária, tuberculose, AIDS/HIV – inclui portador, sífilis, outras doenças sexualmente transmissíveis e outras). ☐ SIM ☐ NÃO
13. Doenças Psiquiátricas: (Depressão, pânico, psicose, esquizofrenia, demência, alcoolismo, uso de drogas, e outras). ☐ SIM ☐ NÃO
14. Doenças Cancerosas: (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, boca, estômago, intestino, útero, leucemia, linfomas e outras). ☐ SIM ☐ NÃO
15. Doenças Hematológicas: (Anemias, hemofilia, trombocitopenia, trombofilias e outras). ☐ SIM ☐ NÃO
16. Doenças de Pele e Alérgicas: Pele: (nevus, hemangiomas, sinais, nódulos, cistos, outros). Alérgicas: (urticária, outros). Sofre de hiperidrose: (excesso de suor nas mãos, pés axilas, face, dorso e outras). ☐ SIM ☐ NÃO

17. Doenças Congênitas: (síndromes genéticas como de Down, e outras - especifique os problemas relacionados exemplo: cardíaco, respiratório, visão, urinário e outros). Má formações: (face, membros, cardíacas, renais, e outras). ☐ SIM ☐ NÃO

18. Doenças do Ouvido: (surdez de qualquer etiologia, otites, perfuração timpânica, perda auditiva, labirintite e outras). ☐ SIM ☐ NÃO

19. Doenças dos Olhos: (hipermetropia, miopia e astigmatismo, catarata, estrabismo, glaucoma, ceratocone, retinopatia, cegueira e outras). ☐ SIM ☐ NÃO

Nos casos hipermetropia, miopia e astigmatismo, especificar o grau e qual doença:

Olho Direito: Olho Esquerdo:

20. Faz Uso de Prótese, Órtese: (pinos, parafusos, placas, fios, silicone e outros). ☐ SIM ☐ NÃO

21. A Indicação foi Estética? ☐ SIM ☐ NÃO

22. Sofre de alguma doença não descrita nesta declaração? ☐ SIM ☐ NÃO

Caso positivo, especifique, por favor:.....

.....Peso Altura

QUADRO DESCRITIVO

Proponente	Item	Data do Evento	Esclarecimentos

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e completas, estando ciente de que a omissão de informações sobre a doença e/ou lesão preexistente poderá acarretar a abertura de processo administrativo junto à ANS, bem como a rescisão contratual e a responsabilização do beneficiário nos termos do art. 13 da lei nº 9.656/98.

Estou ciente que **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** é aquela que admite por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de 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 declarações preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal. Assim, quanto às doenças ou lesões preexistentes declaradas, opto por:

☐ Cobertura Parcial Temporária

Informe se o preenchimento desta Declaração de Saúde contou com a presença de médico orientador:

☐ Sim, médico da Porto Alegre Clínicas ☐ Sim, médico particular da minha escolha ☐ Não

Beneficiário / Representante legal.....

CPF.....

Local.....Data...../...../.....

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO / REPRES. LEGAL

PARA USO DA PORTO ALEGRE CLÍNICAS

Médico.....

CRM.....Carimbo.....

Apresentei as orientações necessárias para o Beneficiário preencher esta Declaração de Saúde.

ASSINATURA DO MÉDICO