



ENTREVISTA QUALIFICADA / DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Entrevistado: _____

Tenho ciência de que a Operadora está me oferecendo um médico orientador sem custo adicional, para proceder a Entrevista e que ainda, se for da minha vontade, posso procede-la com um médico particular, da minha escolha, sob minhas expensas, podendo inclusive não utilizar esses recursos, por achar desnecessário e me julgar suficientemente capacitado para proceder o preenchimento da Declaração de Saúde sem orientação médica. Fui orientado por:

- ☐ Médico Orientador
 ☐ Médico Particular
☐ Optei por não utilizar auxílio médico para preenchimento desta Declaração.

Nome do Médico: _____

Médico Orientador: Declaro que prestei as orientações necessárias para o proponente preencher de próprio punho esta Declaração de Saúde.

_____ / _____ / _____
 Local Data CRM Assinatura do Médico

Item	DESCRIÇÃO	SIM	NÃO
01	Doenças do aparelho cardio-circulatório (pressão alta, dor no peito, derrames, angina, outras)	☐	☐
02	Doenças das veias (varizes, trombozes, aneurisma, hemorroidas, outras)	☐	☐
03	Doenças endócrinas ou metabólicas (diabetes, tireóide, outras)	☐	☐
04	Doenças do aparelho digestivo (fígado, estômago, intestino, esôfago, vesícula biliar, pâncreas, gastrite, úlcera, colite, outras)	☐	☐
05	Hérnias (hiato, inguinal, umbilical, outras)	☐	☐
06	Problemas renais ou da bexiga (cálculos, infecções dos rins, incontinência urinária, outras)	☐	☐
07	Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, testículos, pênis, infertilidade, fimose, outras)	☐	☐
08	Doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, sangramentos, outras)	☐	☐
09	Problemas pulmonares (asma, bronquite, enfizema, outras)	☐	☐
10	Doenças do ouvido, nariz ou garganta (diminuição da audição, adenóide, colesteatoma, ronco, desvio de septo, sinusite, rinite, outras)	☐	☐
11	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, problemas ou alterações de retina, outras)	☐	☐
12	Doenças ou más formações congênitas ou hereditárias	☐	☐
13	AIDS ou é portador do vírus HIV	☐	☐
14	Doenças ou tumorações benignas ou malignas (câncer)	☐	☐
15	Doenças reumáticas (artrites, artrose, lupus, febre reumática, outras)	☐	☐
16	Já foi internado alguma vez?	☐	☐
17	Doenças neurológicas (epilepsia, paralisia cerebral, parkinson, esclerose múltipla, arteriosclerose, alzheimer, outras)	☐	☐
18	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, outras)	☐	☐
19	Transtornos de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, outras)	☐	☐
20	Doenças ginecológicas e das mamas (períneo, nódulo de mama, cisto de ovário, mioma, infertilidade, outras)	☐	☐
21	Doenças da pele (psoríase, dermatite, alergias, outras)	☐	☐
22	Doenças infecto-contagiosas (hepatite, tuberculose, outras)	☐	☐
23	Problemas ortopédicos (hérnia de disco, fraturas, osteoporose, outras)	☐	☐
24	Tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado para os próximos meses?	☐	☐
25	Realiza ou realizou diálise ou hemodiálise?	☐	☐
26	Realiza ou realizou tratamento com Quimioterapia, Radioterapia ou Braquiterapia?	☐	☐
27	Possui marca-passo ou outra prótese interna (pinos, placas, parafusos, próteses totais, outras)?	☐	☐
28	Está em gestação? (Se estiver, de quantos meses?)	☐	☐
29	Possui alguma doença ou foi submetido a alguma cirurgia ou tratamento não mencionado acima?	☐	☐
30	É portador de obesidade mórbida?	☐	☐
31	Partos: Cesareana(nº) _____ Normal(nº) _____	☐	☐
32	Data Nascimento _____ / _____ / _____ Peso _____ Kg Altura _____		

Para qualquer resposta afirmativa, esclarecer abaixo (informe data, tratamento, situação atual e o que considerar importante para a avaliação médica, ex.: nº de partos).

Item	Esclarecimentos sobre resposta afirmativa ou outras informações

Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde e/ou de meu(s) dependente(s), tendo prestado informações completas e verídicas. Concorde em que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato do plano a ser celebrado com a Operadora, ficando a mesma autorizada a utilizá-la em qualquer época no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional.

De conformidade com o Artigo 766 do Código Civil Brasileiro, declaro estar ciente que, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão, perderei o direito ao Plano de Assistência.

Declaro ter conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência.

Ao proponente que apresentar Doenças e Lesões preexistentes (de acordo com a RDC nº 42, da ANS/MS) e cláusula 5ª, inciso 8º, do Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde, será facultada a opção, pelo proponente titular, por AGRADO ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT

É a suspensão da cobertura do plano de assistência à saúde, relacionados aos atos de natureza cirúrgicas, internações em leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, das doenças e lesões abaixo relacionadas, pelo prazo de 24 meses.

Declaro que após estar ciente das referidas cláusulas, faço a opção conforme abaixo:

☐ Cobertura Parcial Temporária

☐ Agravo

Local _____ /_____/_____
Data

Assinatura do Proponente Titular

PARA USO DO COORDENADOR MÉDICO

Sorocaba, ____/____/____

Coordenador Médico

Ciente em: ____/____/____

Assinatura do Proponente Titular