# 

# DECLARAÇÃO DE SAÚDE

De acordo com a Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

|  |
| --- |
| Nome agente Comercial: FAMEH – FUNDO DE ASSISTÊNCIA MÈDICO HOSPITALAR DO MINISTÉRIO PÚBLICO |
| Nº de registro da Operadora na ANS: 418129 |
| Nº de registro do Plano na ANS: 465997110 |
| Proposta de Admissão / Contrato nº : |
| Proponente TITULAR (T) ou DEPENDENTE (D) – Nome Completo, sem abreviaturas: |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo colaborador Comercial

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. A Carta de Orientação ao Beneficiário, que está localizada nas páginas imediatamente anteriores a esta, é um documento padronizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que visa a orientar o beneficiário/consumidor sobre o preenchimento da Declaração de Saúde. É obrigatória a aposição de ciência de seus termos.
2. A Declaração de Saúde objetiva registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes que o proponente ou seu representante legal saiba ser portador no momento da contratação/adesão ao plano de assistência saúde conforme Art. 11, da Lei nº 9.656/1998, sendo obrigatório responder as perguntas formuladas.
3. É obrigatório responder a todas as perguntas formuladas na Declaração de Saúde. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, acarretará a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão não declarada. Estando comprovada junto a ANS a omissão de informação sobre DLP conhecida e não declarada pelo beneficiário, este poderá também responder criminalmente conforme Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, além de Ação Judicial para o pedido de indenização por perdas e danos, honorários advocatícios e de custas processuais.
4. Após análise das respostas feitas eletronicamente, o consumidor poderá ser chamado para entrevista com médico(a) do FAMEH/MP, a realização de consulta e exames complementares ou perícia médica com profissionais escolhidos pela operadora, sem ônus para o consumidor, ou médico de sua escolha, sob suas custas. Havendo perícia, haverá preenchimento de formulário específico.
5. Diante de doença ou lesão preexistente, o consumidor fica sujeito à Cobertura Parcial Temporária - CPT por um período ininterrupto de 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano, sem cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), procedimentos cirúrgicos e leitos de alta tecnologia (CTI) relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo próprio proponente ou seu representante legal, não havendo substituição da CPT por pagamento de Agravo, nem qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano para cobertura irrestrita, devendo cumprir prazos contratuais.
6. Conceitos de:

a) Cobertura Parcial Temporária (CPT): 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; e

b) 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. **O FAMEH/MP não disponibiliza a possibilidade de contratação do Agravo.**

7. Antes de responder, informe sobre a orientação médica da Declaração de Saúde.

Declaro que:

**( ) Optei pelo médico orientador da FAMEH/MP.**

( ) Optei por médico particular de minha escolha.

( ) Não necessitei de orientação médica para responder a Declaração por entender as perguntas e não haver dúvida quanto às suas implicações.

**IMPORTANTE: O(A) Médico(a) orientador(a) Do FAMEH/MP firmará que o preenchimento contou com a sua presença apondo assinatura eletrônica e registro no Conselho Regional de Medicina:**

## QUESTIONÁRIO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASPECTOS GERAIS:** | | |
| Foi ou é usuário de plano de saúde nos últimos 24 meses? ( ) Não ( ) Sim Qual? | | |
| Em que serviço médico costuma ser atendido? | | |
| Idade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso: Altura: IMC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Para crianças menores de 12 anos: condições de nascimento: | | |
| **Item** | **Caso sofra ou tenha sofrido de doenças ou lesões abaixo, responda (S) SIM e (N) NÃO. Descreva a doença que tem conhecimento, data e relato citando o tempo de adoecimento.** | |
| **01** | **Doença infecciosa ou parasitária: Tuberculose, Hepatite B ou C, AIDS ou portador do vírus HIV, Meningite, Hanseníase, outras...)** Não ( ) SIM ( ) Especifique: | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **02** | **Tumor Benigno ou Maligno (Câncer) Aparelho digestivo** (boca, língua, esôfago, estômago, intestino, fígado, etc), **Aparelho respiratório** (puImão, traquéia, garganta...), **Pele, Mama, Genital feminino** (útero, ovário, outros) **ou masculino** (próstata, testículo, outros...), **Trato Urinário** (rins, bexiga, outros), **Tireoide, Sanguínea** (Linfoma, Leucemia), **Osseo** ou **Outras** **?** | |
| Não ( ) SIM ( ) Localização/Tempo de doença: | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **03** | **Sofre ou Sofreu de doença imunológica, do sangue, autoimune ou do colágeno (**Anemias, Púrpura, Artrite Reumatoide, Talassemia, Lúpus, Fibromialgia, Esclerose Múltipla, outras)**?** Não ( ) SIM ( ) **Especifique:** | |
|  | |
|  |  | |
| **04** | **Doenças Endócrinas** (Diabetes, Doenças da Tireoide, Obesidade, Esteatose Hepática, Distúrbios Metabólicos, outras)? Não ( ) SIM ( )**Especifique:** | |
|  | |
|  | |
| **05** | **Doenças Neurológica/Cerebrovascular /Psiquiátrica** (Epilepsia, Paralisia Cerebral, Enxaqueca, Aneurisma, Depressão, Ansiedade, Esquizofrenia, Dependência Química, Derrame, Isquemia, Parkinson, Alzheimer, Espasmos Paroxísticos, Autismo, outras)**?** Não ( ) SIM ( ) **Especifique:** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **06** | **Doenças Cardiocirculatórias** (Hipertensão Arterial, Angina Pectoris, Infarto do Miocárdio, Arritmia, Insuficiência cardíaca, Aneurismas, AVC, Isquemia Cerebral, Hemorroidas, Varizes nos Membros, outros)**?**  Não ( ) SIM ( ) **Especifique:** | |
|  |  | |
|  | |
|  |  | |
| **07** | | **Doenças Crônicas das Vias aéreas Ouvido/Nariz/Garganta:** (Asma, Bronquite, Enfisema, Bronquiectasia, Sinusite e Desvio de Septo Nasal, Apneia do sono, Surdez total ou parcial, outras)**? Não ( ) SIM ( ) Especifique e inclua lado D ou E** |
|  |
|  |
| **08** | | **Doenças do Sistema Osteoarticular** (Artroses, Hérnia de Disco, Deformidade Óssea congênita ou adquirida, Osteoporose, Lesão de Ligamento ou Tendão, Dorsopatias (cifose, lordose de coluna, Fraturas, Artrite Reumatoide, outras)  **Não ( ) SIM ( ) Especifique/Segmento e lado afetado/Tempo de doença** |
|  |
|  |
| **09** | | **Doenças do Aparelho Urinário/Reprodutor masculino/feminino** (Cálculo de Rim, Insuficiência renal, Infecção Urinária de repetição, Incontinência Urinária, Doenças de próstata, Cistos Ovário, Mioma Uterino, Endometriose, Nódulos de mama, infertilidade, outra)? |
|  |
|  |
|  |
| **10** | | **Alterações nos Olhos e anexos. Não ( ) SIM ( ) Assinalar Olho Direito: OD Olho Esquerdo: OE** |
| Catarata Senil ( ) SIM ( ) NÃO Doenças da Retina ( ) OD ( ) OE |
| Glaucoma ( )SIM ( ) NÃO Ceratocone ( ) SIM ( ) NÃO |
| Miopia ( ) OD ( ) OE |
| Astigmatismo ( ) OD ( ) OE |
| Hipermetropia ( ) OD ( ) OE |
| Outras: |
| **11** | | **Portador(a) de Mal Formações Congênitas, Doença Congênita do coração, Microtia, Síndrome de Turner, Espinha Bífida, hidrocefalia, outros? Não( ) SIM( ) Especifique** |
|  |
|  |
| **12** | | **Sofre ou Sofreu de Doença Osteo-muscular e do Sistema Tecido Conjuntivo/Colágeno** DORT (LER), lombalgia, hérnia cervical/torácica/lombo-sacra, artrose (especificar o segmento), pneumoconiose, outras? **Não( ) SIM( ) Especifique**: |
|  |
|  |
|  |
| **13** | | **Alteração do Aparelho Estomatognático** (Maxilar, Dentes, Boca, Articulação Temporomandibular ATM, Bruxismo (Ranger os dentes), outros?Não( ) SIM( ) Especifique qual a doença e tempo: |
|  |
|  |
| **14** | | **Possui Sequela decorrente Doença congênita** **ou adquirida, Acidentes pessoais, de trânsito ou de Tratº médico?** (Queimaduras, Anóxia Perinatal/ Hipóxia Cerebral) Não ( ) SIM( ) **Especifique:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **15** | | **Realiza tratamento médico para doença ou sequela não citado acima?** (Amputação, Cegueira, Perda da audição) **Não ( ) SIM ( ) Diga a Doença/Tipo de Tratº Localização** |
|  |
|  | |  |
|  | |  |
| **16** | | **Doenças decorrentes do uso crônico de drogas lícitas e /ou ilícitas?** |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Informações adicionais a respeito das questões formuladas** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

**DECLARAÇÃO DO PROPONENTE**

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e completas, e assumo responsabilidade pelas mesmas. Estou ciente que a omissão de fatos e informações para enquadramento das coberturas serão consideradas como fraude, implicará na rescisão do contrato, na obrigação de arcar com os custos dos atendimentos e procedimentos com cirurgia, leito de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, ligados às doenças ou lesões preexistentes. Comprometo-me a prestar qualquer outra informação adicional que for solicitada, sob pena de ter o processo de contratação suspenso ou cancelado. AUTORIZO: 1) O FAMEH solicitar minhas informações de saúde a médicos e serviços de saúde públicos e privados, 2) AUTORIZO os médicos que me atenderam em qualquer serviço público ou privado, as clínicas e entidades públicas ou privadas de saúde enviarem o FAMEH as informações sobre meu histórico de saúde, resultados de exames e tratamentos realizados, isentando a todos de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e data Assinatura do PROPONENTE

**CONCLUSÃO DO MÉDICO**

## CPT – COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Conforme respostas e observações na entrevista qualificada, constatamos as Doenças e Lesões Preexistentes que indicam a Cobertura Parcial Temporária para procedimentos relacionados às mesmas.

OBSERVAÇÃO: Em caso deIMC > ou = 35 Kg/m², deve-se ter atenção especial às comorbidades.

ATENÇÃO: deIMC > ou = 35 Kg/m² é considerada obesidade mórbida.

|  |  |
| --- | --- |
| **CID 10** | **DLP - Doenças e Lesões Preexistentes** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Parecer de Médico(a) ORIENTADOR(a)** |
|  |
|  |
|  |

Estou ciente e de acordo que terei que cumprir CPT (não cobertura de procedimentos cirúrgicos, de alta complexidade e leitos de alta tecnologia por 24 meses) para as Doenças e Lesões Preexistentes acima relacionadas.

/ /

Local e data