

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE (DEPENDENTE)****1. DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A)**

<b>Beneficiário(a) Titular:</b>				
<b>Nome do(a) Dependente:</b>				<b>Data de nascimento:</b> ____/____/____
<b>Grau de parentesco:</b> ( ) cônjuge ( ) companheiro (a) ( ) filho (a) ( ) enteado (a) ( ) outros				<b>Estado civil:</b>
<b>CPF:</b>	<b>RG:</b>	<b>Órgão emissor:</b>	<b>UF:</b>	<b>Data de emissão:</b> ____/____/____
<b>Pai:</b>				
<b>Mãe:</b>				
<b>Rua:</b>		<b>Nº.</b>	<b>Bairro:</b>	
<b>Cidade:</b>		<b>CEP:</b>		<b>UF:</b>
<b>Telefones:</b>		<b>E-mail:</b>		

**Instruções Gerais**

- a) Esta operadora se reserva ao direito de não oferecer o Agravo como opção a CPT, conforme faculta o artigo 6º, parágrafo 1º da Resolução Normativa nº 558/22.
- b) A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, ou seja, aquelas de que o(a) Sr(a) tenha conhecimento ou que tenha diagnóstico confirmado no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou do dependente que está representando.
- c) **Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecido a Cobertura Parcial Temporária (CPT)**  
- aquela que admite a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde.
- d) Agravo é definido pela ANS como qualquer acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano de 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 com a operadora. **Esta operadora se reserva ao direito de não oferecer o Agravo como opção a CPT, conforme faculta o artigo 6º, parágrafo 1º da Resolução Normativa nº 558/22.**
- e) A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o(a) Sr(a) saiba ser portador(a) no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Neste caso, o(a) Sr(a) será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada. Nenhuma cobertura poderá ser negada para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora comprove perante ANS a omissão do(a) Sr.(a) no ato do preenchimento da declaração.
- f) **Todas as páginas** da declaração de saúde **devem ser rubricadas** e o preenchimento deverá ser realizado pelo próprio beneficiário, salvo quando se tratar de menor de idade ou incapaz, devidamente comprovado, onde o dever é do responsável legal.

**2. ASPECTOS GERAIS**

Idade	Peso	Altura	Imc
-------	------	--------	-----

O Índice de Massa Corporal – IMC é calculado pela seguinte fórmula: peso (quilos) ÷ altura<sup>2</sup> (metros).

Exemplo: 80 ÷ (1,71 x 1,71) = IMC 27,35.

**3. QUESTIONÁRIO DE SAÚDE**

Leia com atenção para preencher corretamente o Questionário de Saúde. Este documento é fundamental para o seu ingresso no referido plano de saúde.		
Responda as questões abaixo nos informando: se possui alguma doença; há quanto tempo; a localização e se está fazendo algum tratamento:		
3.1	<b>Doenças do Sistema Respiratório:</b> (asma, bronquite, enfisema, nódulos pulmonares, desvio de septo, adenoide, hipertrofia amígdalas, sinusite, outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.2	<b>Doenças do Sistema Cardiovascular:</b> (hipertensão arterial, doença coronariana, valvulopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, varizes, hemorroidas, trombozes, tromboflebites, flebites, outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.3	<b>Doenças do Sistema Osteomuscular:</b> (osteoporose, lesão de menisco e/ou ligamentos, bursite, artrite, artrose, tenossinovites, lombociatalgia, hérnia de disco, desvios de coluna (como escoliose, lordose, cifose, outros).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.4	<b>Doenças do Sistema Imunológico:</b> (lúpus, artrites, polimiosite, hepatite autoimune, tireoidites, vitiligo, esclerodermia, esclerose múltipla, outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.5	<b>Doenças do Sistema Digestivo:</b> (hérnia de hiato, hérnia umbilical, hérnia inguinal, hérnia incisional, gastrite, úlcera, colite, cirrose hepática, hepatites, pancreatite, pedra na vesícula, hemorroidas, diverticulites, má oclusão, outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.6	<b>Doenças em Boca:</b> (mandíbula, arcada dentária, palato e lábios): má oclusão dentária, macro ou micrognatia, prognatismo, retrognatismo, fenda palatina, lábio leporino, outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.7	<b>Doenças Genital:</b> (infertilidade, endometriose, cistos de ovários, miomas, doenças da próstata, pênis, testículos, outros).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.8	<b>Doença em Mamas:</b> (nódulos, cistos, tumorações, outros).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	



3.9	<b>Doença Sistema Urinário:</b> (pedra nos rins, cólica renal, insuficiência renal, hematúria, infecção urinária, massas, tumores, cistos, outros).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.10	<b>Doenças do Sistema Neurológico:</b> (mal de Parkinson, doença de Alzheimer, paralisia, paralisia cerebral, atraso desenvolvimento neuro psicomotor, esclerose lateral amiotrófica, seqüela de derrame, apneia do sono, tumores, massas, cistos e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.11	<b>Doenças do Sistema Endócrino:</b> (Diabetes, doenças da tireoide (hiper ou hipotireoidismo), obesidade, desnutrição e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.12	<b>Doenças Infecto Contagiosas:</b> (toxoplasmose congênita, rubéola congênita, zika, dengue, chicungunha, malária, tuberculose, AIDS/HIV – inclui portador, sífilis, outras doenças sexualmente transmissíveis e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.13	<b>Doenças Psiquiátricas:</b> (psicose, esquizofrenia, demência, alcoolismo, uso drogas, e outras)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui	
3.14	<b>Doenças Cancerosas:</b> (câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, boca, estômago, intestino, útero, leucemia, linfomas e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.15	<b>Doenças Hematológicas:</b> (hemofilia, trombocitopenia, trombofilias e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.16	<b>Doenças de Pele e Alérgicas:</b> <b>Pele:</b> (nevus, hemangiomas, sinais, nódulos, cistos, outros). <b>Alérgicas:</b> (urticária, outros). <b>Sofre de hiperidrose:</b> (excesso de suor nas mãos, pés axilas, face, dorso e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.17	<b>Doenças Congênitas:</b> (síndromes genéticas como de Down, e outras - especifique os problemas relacionados exemplo: cardíaco, respiratório, visão, urinário e outros). <b>Má formações:</b> (face, membros, cardíacas, renais, e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.18	<b>Doenças do Ouvido:</b> (surdez de qualquer etiologia, otites, perfuração timpânica, perda auditiva, labirintite e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	



3.19	<b>Doenças dos Olhos:</b> (hipermetropia, miopia e astigmatismo, catarata, estrabismo, glaucoma, ceratocone, retinopatia, cegueira e outras).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
	Nos casos hipermetropia, miopia e astigmatismo, especificar o grau e qual doença:	
	Olho Direito:	Olho Esquerdo:
Escreva aqui:		
3.20	<b>Faz Uso de Prótese, Órtese:</b> (pinos, parafusos, placas, fios, silicone e outros).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.21	<b>A Indicação foi Estética?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	
3.22	<b>Sofre de alguma doença não descrita nesta declaração? Especifique</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Escreva aqui:	

#### 4. MÉDICO ORIENTADOR

Informe se o preenchimento desta declaração contou com a presença de médico orientador*:  <input type="checkbox"/> Sim, médico da CAMPERJ; <input type="checkbox"/> Sim, médico particular de minha escolha; ou <input type="checkbox"/> Não.	<b>Nome do médico orientador</b>	
	<b>CRM</b>	<b>Data:</b> ____/____/____
	<b>Assinatura</b>	

\* Em caso afirmativo, o MÉDICO deverá registrar de próprio punho, que o preenchimento conta com a sua presença como médico orientador.

Declaro para todos os fins que as informações acima, por mim prestadas, são verdadeiras. Estou ciente que a CONTRATADA poderá solicitar a realização de uma perícia médica, podendo ser ou não acompanhada de exame, para auxiliar na avaliação da declaração de saúde, <b>bem como autorizo o uso e verificação de prontuários e fichas médicas e todos os documentos que se fizerem necessários, para fins médico legais.</b>	<input type="checkbox"/> Sim
Data: ____/____/____	_____ <b>Assinatura do(a) beneficiário(a) ou representante legal (quando menor ou incapaz)</b>

**5. QUESTIONÁRIO DE SAÚDE**

<b>Quadro clínico</b>
_____ _____ _____
<b>Resultado de exames</b>
_____ _____ _____
<b>CID 10 e relação dos códigos dos procedimentos</b>
_____ _____ _____
<b>Parecer final</b>
_____ _____ _____

\_\_\_\_\_ Assinatura e Carimbo com CRM do Médico Perito.

Declaro para os devidos fins, que estou ciente dos resultados da perícia médica.		<input type="checkbox"/> Sim
Data: ____ / ____ / ____	_____ Assinatura do(a) beneficiário(a) ou representante legal (quando menor ou incapaz)	

**6. PARECER DO MÉDICO AVALIADOR**

- Não possui doença ou lesão preexistente.  
 Com necessidade de perícia médica.  
 Com doença ou lesão preexistente SEM necessidade de perícia médica.  
 Com doença ou lesão preexistente COM necessidade de perícia médica.

CID	OBSERVAÇÕES

---

Assinatura e Carimbo com CRM do Médico Perito.