

# FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE



Os campos abaixo são de preenchimento obrigatório e não poderão ser rasurados.

Nome completo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Beneficiário Titular  Beneficiário Dependente/Agregado Telefone de Contato: \_\_\_\_\_

O objetivo do presente instrumento é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que ele saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

Para fins de esclarecimento, seguem abaixo as definições estabelecidas na Resolução da ANS, RN 162/2007.

**a) Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP)** são 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;

**b) Cobertura Parcial Temporária (CPT)** é 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 a 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.

**c) Agravo** é 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 prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para ele. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato, estando sujeito às penas da lei. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas que **seriam objeto de CPT (procedimentos de alta complexidade, uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos), relacionados à 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.

\*Exercendo prerrogativa legal, o FUNDAFFEMG-Saúde não oferecerá Agravo.

## Preencha as informações abaixo

Peso atual: \_\_\_\_\_ kg (quilos)

Altura: \_\_\_\_\_ m (metros)

# FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Marque com um “X” as opções abaixo. Escolha “SIM” caso esteja ciente que é portador de tal condição e especifique. Caso contrário, assinale “NÃO”:

1. É portador (a) de alguma doença do sangue, como anemias adquiridas (carencial, hemolítica e plástica) ou anemias hereditárias (talassemia e falciforme), leucemia ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____
2. É portador (a) de algum distúrbio do sono, como apneia do sono; ronco, em caso de menor de idade; ou outro?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____
3. É portador (a) de alguma doença das articulações, como artrose, tendinite ou outra? Em que parte do corpo?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____
4. É portador (a) de alguma doença dos rins, como calculose, insuficiência renal ou outra; tem rim transplantado ou necessidade de transplante?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____
5. É portador (a) de alguma doença dos olhos, como miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia, catarata, estrabismo, glaucoma, lesão de córnea, pterígio, lesão de retina (descolamento), ou tem necessidade de transplante de córnea?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____
6. É portador (a) de alguma colagenose, como lúpus, esclerodermia, polidermatomiosite, artrite reumatoide, vasculites ou outras?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____
7. É portador (a) de diabetes mellitus? Especificar o tipo.	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____
8. É portador (a) de alguma doença da boca ou das glândulas salivares, maxilares, hipertrofia de adenoide ou amígdalas, ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____
9. É portador (a) de alguma doença da coluna (cervical, dorsal, lombossacra, coccígea), hérnias ou desvios?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____
10. É portador (a) de alguma doença das artérias (carótidas, aorta, femoral), aneurisma, obstrução ou outras?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____
11. É portador (a) de alguma doença do coração (reumática, valvular, isquêmica, infecciosa, muscular, congênita, etc.), insuficiência, arritmias ou sopro?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____
12. É portador (a) de alguma doença do aparelho digestivo, como cirrose hepática, hepatite, calculose de vesícula, pancreatite, enterite, colite, gastrite, úlcera, hemorroida, esofagite, diverticulose, chron ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____
13. É portador (a) de alguma doença dos ouvidos e mastoides, como surdez, otite crônica, rinite alérgica ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____
14. É portador (a) de alguma doença do sistema nervoso, como doença de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, seqüela de AVC, tumores, paralisia, meningite, doenças degenerativas ou outras?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____
15. É portador (a) de alguma doença da próstata (para os homens), das mamas ou endometriose (para as mulheres), de doenças dos órgãos genitais, de incontinência urinária ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____
16. É portador (a) de alguma doença dos ossos, como osteoporose, seqüela de fraturas ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____
17. É portador (a) de alguma doença dos pulmões, como doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, enfisema, tuberculose, bronquites ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____
18. É portador (a) de algum tipo de hérnia, como inguinal, de hiato, umbilical, incisional, epigástrica ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____
19. É portador (a) de hipertensão arterial ou, no caso de gestantes, de doença hipertensiva específica da gravidez?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____
20. Está em período gestacional? Em caso positivo, informe o tempo de gestação. (Sexo masculino: não se aplica).	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____

<b>21.</b> É portador (a) de alguma doença de pele, como tumores, manchas ou outras? Especificar o local.	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____ _____
<b>22.</b> É portador (a) de alguma deficiência física, como malformação congênita ou anomalias cromossômicas, síndromes genéticas (Down), má absorção?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____ _____
<b>23.</b> É portador (a) de algum tipo de câncer (neoplasia maligna)? Especificar o ano do diagnóstico.	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____ _____
<b>24.</b> Fez quimioterapia ou radioterapia? Especifique.	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____ _____
<b>25.</b> Realizou algum tratamento para obesidade?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____ _____
<b>26.</b> É portador (a) de obesidade?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____ _____
<b>27.</b> Realizou cirurgia de obesidade mórbida e/ou suas correções, como dermolipectomia, mamoplastia e lipodistrofias?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____ _____
<b>28.</b> É portador (a) de alguma doença muscular, como miastenia grave ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____ _____
<b>29.</b> É portador (a) de alguma doença infectocontagiosa, como chagas, tuberculose, meningite ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____ _____
<b>30.</b> É portador (a) de vírus HIV (vírus da AIDS)?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____ _____
<b>31.</b> É portador (a) de alguma doença das glândulas endócrinas, como tireoide, paratireoide, hipófise ou suprarrenal? Especificar glândula e doença.	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____ _____
<b>32.</b> É portador (a) de alguma doença das veias, como varizes, microvarizes, trombose, úlcera de perna ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____ _____
<b>33.</b> É portador (a) de alguma doença mental, distúrbios psiquiátricos ou psicológicos?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____ _____
<b>34.</b> Possui alguma seqüela decorrente de acidente de qualquer natureza?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____ _____
<b>35.</b> Possui indicação para algum tipo de cirurgia?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____ _____
<b>36.</b> Sofre ou sofreu, teve sintomas ou realizou tratamento para qualquer outra patologia não relacionada às questões anteriores? Em caso positivo, informe a doença/lesão, o tratamento realizado e data do diagnóstico.	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Qual? _____ _____

Se desejar, utilize o espaço abaixo para comentários e informações adicionais sobre as perguntas formuladas nas páginas anteriores.

---



---

Marque com um "X" a opção escolhida em relação à orientação médica para o preenchimento deste Formulários de Declaração de Saúde.

Declaro que optei por:

- Ser orientado (a) por médico (a) designado (a) pelo FUNDAFFEMG-Saúde, sem ônus financeiro.
- Ser orientado (a) por médico (a) de minha escolha, ciente de que as despesas com honorários serão de minha responsabilidade.
- Dispensar a presença do médico orientador para auxiliar-me, por entender que não houve, de minha parte, qualquer dúvida com relação às perguntas formuladas e suas implicações.

Uso exclusivo do médico que orientou o preenchimento:

Identificação do médico  
(carimbo e assinatura)

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade e reconheço o direito da FUNDAFFEMG solicitar a convocação do titular e/ou dependentes e agregados, em qualquer época para captação de informações adicionais, realização de exames ou perícias, após a Declaração de Saúde ou Entrevista Qualificada. Declaro, ainda, que estou ciente de que a omissão de informações sobre a existência de doenças ou lesões preexistentes das quais saiba ser portador (a) no momento do preenchimento deste Formulário de Declaração de Saúde, desde que tal omissão seja comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, serei 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 do FUNDAFFEMG-Saúde alegando a presença de doença ou lesão preexistente não declarada.

Declaro ainda que se, durante o período de Cobertura Parcial Temporária (CPT), forem realizados procedimentos de Alta Complexidade (PAC) ou utilizados leitos de alta tecnologia e cirurgias relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas, seja por conta própria, seja por meio de alguma autorização dada por meio de convênio de reciprocidade, em locais nos quais a FUNDAFFEMG não possui rede direta de atendimento e disponibiliza a assistência por rede indireta, estou ciente que deverei arcar com os custos dos referidos procedimentos ou deverei ressarcir a FUNDAFFEMG de todos os custos para realização dos referidos procedimentos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do beneficiário (em caso de menor e/ ou incapaz, assinatura do responsável)



**FUNDAFFEMG**  
NOSSO PLANO É VIDA E SAÚDE

PARA USO DA FUNDAFFEMG

**Médico:**

Foram identificadas doenças ou lesões?  NÃO  SIM

CID	Descrição da doença ou lesão	CPT*	

\* se tiver CID informado marcar SIM ou NÃO para CPT

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

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do médico

**Enfermagem:**

Foram identificadas doenças ou lesões?

NÃO  SIM

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

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura da Enfermagem

**Unidade de Atendimento:**

Foram identificadas doenças ou lesões?

NÃO  SIM

Em caso positivo, os CID correspondentes às doenças ou lesões foram cadastrados no sistema.

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

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura da Unidade de Atendimento

Declaro que recebi uma cópia da respectiva Declaração de Saúde.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do beneficiário (em caso de menor e/ ou incapaz, assinatura do responsável)

CPF: \_\_\_\_\_