

Para que o proponente titular e seus respectivos dependentes legais sejam habilitados à adesão deste plano de assistência à saúde, o proponente titular deverá preencher esta Declaração de Saúde (DS), registrando todas as informações sobre doenças ou lesões de que seja portador e das quais tenha conhecimento, com relação a si e de cada dependente que pretenda incluir no plano de saúde.

NOME DO TITULAR

CPF

1 NOME DO DEPENDENTE

PARENTESCO

CPF:

SEXO

2 NOME DO DEPENDENTE

PARENTESCO

CPF:

SEXO

3 NOME DO DEPENDENTE

PARENTESCO

CPF:

SEXO

4 NOME DO DEPENDENTE

PARENTESCO

CPF:

SEXO

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Declaro que tenho ciência de que esta Proposta de Adesão com Declaração de Saúde (DS), faz parte integrante do Contrato de Cobertura de Assistência Médica e Hospitalar Pessoa Jurídica supramencionados.

Declaração de Doença ou Lesão Preexistente - Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, estou ciente e informado (a) que foi me oferecido, pela AMEPLAN SAÚDE, a seguinte opção: Cobertura Parcial Temporária – a qual implica na suspensão temporária dos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses, computados da data de minha adesão/vigência ao plano e/ou de meus dependentes.

Da Responsabilidade do Beneficiário - A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, da qual sei ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada pela Operadora à ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, estou ciente e informado que serei o responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido o Termo de Comunicação desta Operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Definição de CPT - 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 preexistente declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Definição de Agravo - Agravo como 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.

A AMEPLAN SAÚDE se reserva no direito de não oferecer o Agravo como opção à CPT, conforme lhe faculta o artigo 6º, parágrafo primeiro da Resolução Normativa Nº558/22.

4 - PREENCHIMENTOPELOPROPONENTETITULAR,PORSIEPELO(S)DEPENDENTES,REPONDACOM“SIM”OU“NÃO”

Os campos abaixo devem ser preenchidos com “S” para SIM e “N” para Não em cada coluna representando o beneficiário questionado. Quando houver alguma resposta SIM essa deve ser esclarecida/ especificada na tabela “Esclarecimentos Adicionais” que deve estar devidamente preenchida ao final do questionário. colecistite (vesícula), pancreatite, doenças hepáticas (fígado), hemorroidas, prolapso retal, pólipos anal, ou qualquer outra não mencionada aqui?

Fez ou faz tratamento, é ou foi portador de alguma das doenças descritas abaixo:	TITULAR	DEP 1	DEP 2	DEP 3	DEP 4
1 - Possui alguma doença do aparelho digestivo e proctológico: úlcera, gastrite, esofagite, doenças no intestino diverticulite, pólipos) cirrose, doença de Crohn, colecistite (vesícula), pancreatite, doenças hepáticas (fígado), hemorroidas, prolapso retal, pólipo anal, ou qualquer outra não mencionada aqui?					
2 - Possui alguma doença ortopédica: osteoporose, hernia de disco, artrite, artrose, deformidades ósseas inclusive na coluna (escoliose, cifose) quadril, joelho, ou ualquer outra não mencionada aqui?					
3 -Possui alguma doença neurológica: convulsões(epilepsia), enxaquecas, paralisia cerebral, Alzheimer, Parkinson, AVC (derrame cerebral) ou qualquer outra não mencionada aqui?					
4 -Possui alguma doença vascular: derrames, aneurisma, úlceras varicosas, varizes, trombooses, hemorroidas, mal formações vasculares, ou qualquer outra não mencionada aqui?					
5 - Possui alguma doença cardíológica: pressão alta, pressão baixa, infarto, angina, insuficiência cardíaca, arritmias, doença de Chagas ou qualquer outra não mencionada aqui?					
6 - Possui alguma doença endocrinológica: diabetes, hipertiriodismo, hipotiriodismo, distúrbio do crescimento ou qualquer outra não mencionada aqui?					
7 - Possui alguma doença no sangue (hematológica): leucemia, anemia, anemia falciforme, linfomas, hemofilia ou qualquer outra não mencionada aqui?					
8 - Possui alguma doença gênito-urinaria: pedra no rim, varicocele, problemas na próstata, incontinência urinaria, insuficiência renal, fimose, hidrocele, cistite ou qualquer outra não mencionada aqui?					
9 - Possui alguma doença otorrinolaringológica (ouvido, nariz e garganta): rinite, sinusite, amigdalite, desvio de septo, surdez, baixa audição, ou qualquer outra não mencionada aqui?					
10 - Possui alguma doença pulmonar: asma, bronquite, tuberculose, enfisema, atelectasia ou qualquer outra não mencionada aqui?					
11 -Possuir alguma doença ginecológica ou nas mamas: cistos, miomas, displasia, nódulos, endometriose, infertilidade ou qualquer outra não mencionada aqui?					
12 - Possui alguma doença oftalmológica (olhos): catarata, glaucoma, miopia, astigmatismo, estrabismo, ceratocone, ambliopia ou qualquer outra não mencionada aqui?					
13 - Possui alguma doença infectocontagiosa: hepatite, sífilis, AIDS ou é portador do vírus HIV, herpes, hanseníase (lepra), tuberculose, malária, doença de Chagas ou qualquer outra não mencionada aqui					
14 -Possui alguma doença psiquiátrica: esquizofrenia, neurose, depressão, psicose, ansiedade, transtorno bipolar, insônia ou qualquer outra não mencionada aqui?					
15 - Possui alguma doença reumatológica: artrite, gota, esclerose múltipla, lúpus, artrose, reumatismo, febre reumática, psoríase ou qualquer outra não mencionada aqui?					
16 -Possui alguma doença dermatológica: urticaria, sinais, manchas, cistos, vitiligo ou qualquer outra não mencionada aqui					
17 -Possui algum problema em boca e arcada dentária: Prognatismo (queixo para a frente), retrognatismo (queixa para trás), desvio de ATM (articulação temporomandibular), desalinhamento da arcada dentaria, problemas de oclusão dentaria, dificuldade para mastigação, assimetria de face ou qualquer outra não mencionada aqui.					
18 -Possui alguma doença congênita: cardiopatia congênita, neurológica, TEA, síndrome de Down, lábio leporino,					
19 -Você tem dependência a álcool? A opioides (morfina e/ou heroína)? A Canabinoides (maconha e/ou haxixe)? À cocaína?					
20 - Possui alguma doença oncológica (câncer)?					
21 -Possui alguma doença não mencionado nas questões anteriores?					

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

	TITULAR	DEP 1	DEP 2	DEP 3	DEP 4
PESO					
ALTURA					
IMC*					

* Cálculo IMC: Peso (kg) dividido pela altura (m²) ao quadrado

IMC	CLASSIFICAÇÃO
abaixode 18,5	abaixo do peso Peso ideal
entre 18,6 e 24,9	acima do peso Obesidade
entre 25,0 e 29,9	grau I (leve) Obesidade
entre 30,0 e 34,9	grau II (severa) grau III
entre 35,0 e 39,9	grau III
acima de 40	(mórbida)

ATENÇÃO: A obesidade será caracterizada para fins de CPT (Cobertura Temporária Parcial) sempre que o IMC for superior a 40 kg/m² e quando o IMC for maior ou igual a 35 kg/m² e portador de doenças crônicas associadas.



ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS

Caso a resposta para alguma das questões anteriores tenha sido “SIM” para qualquer um dos beneficiários, especifique a razão dela (data, tratamento, quadro atual ou qualquer outra informação que julgar importante para a melhor avaliação da saúde). Se desejar também, poderá ser fornecido juntamente com esta Declaração, relatório médico, exames ou laudos de exames/cirurgias a respeito da doença relatada.

ITEM	BENEFICIÁRIO	ESCLARECIMENTOS IMPORTANTES	CID

DO PREENCHIMENTO DESTA DECLARAÇÃO

Eu, Proponente Beneficiário, para preenchimento desta Declaração de Saúde:

- ☐ Ciente do direito de acompanhamento de médico orientador, disponibilizado pela Operadora, dispensei o acompanhamento;
- ☐ Optei pelo acompanhamento do médico orientador, disponibilizado pela Operadora;
- ☐ Optei pelo acompanhamento de médico orientador de minha confiança, assumindo neste caso a responsabilidade do custeio dos honorários do profissional.

Assinatura do proponente titular responsável

MÉDICO ORIENTADOR

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

Assinatura e carimbo com CRM do Médico

Estou ciente de que as coberturas para o tratamento das doenças e lesões preexistentes declaradas ou omitidas estarão sujeitas à CPT. Cobertura Parcial Temporária que consiste na suspensão do prazo de cobertura integral para os eventos relacionados pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses contados da data de adesão/contratação, nos termos previstos na Carta de Orientação e nas Condições Gerais do Contrato.

Declaro, para todos os efeitos legais, que li e entendi este documento e que nada omiti sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, tendo prestado informações completas e verídicas.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PROPONENTE RESPONSÁVEL

