

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

<b>Beneficiário(a) Titular:</b>				
<b>Nome do(a) Agregado(a):</b>				<b>Data de nascimento:</b> ____/____/____
<b>Grau de parentesco:</b> ( ) filho(a) ( ) neto(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:  $80 \div (1,71 \times 1,71) = \text{IMC } 27,35$ .

**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.