SB SAÚDE

Nº DA PROPOSTA:

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. A Declaração de Saúde consiste no preenchimento do formulário abaixo para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que você saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual
2. Você tem o direito de preencher esta Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede credenciada ou carenciados da SB SAÚDE, sem qualquer ônus. Caso você opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da SB SAÚDE, poderá fazê-lo, desde que você se responsabilize pelos honorários médicos deste profissional.
3. Conforme disposto na RN 162 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, define-se como: 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 de 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; b) Agravo: qualquer acréscimo no valor da contraprestação 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 entre a operadora e o beneficiário.
4. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, conhecida por você e não declarada neste formulário, pode acarretar consequências previstas na legislação, de rescisão contratual e de responsabilidades por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso estes fatos venham a ser comprovados junto à ANS.
5. Às doenças ou lesões declaradas nesta Declaração de Saúde é oferecida Cobertura Parcial Temporária - CPT pela SB SAÚDE, de acordo com o prazo e as condições de suspensão de cobertura, conforme descrito no item 3.

Nome do Titular (obrigatoriamente nome completo)

DEVE SER PREENCHIDO PELO TITULAR E REPRESENTANTE LEGAL		Assinale com "S"(Sim) ou "N" (Não)				
Item	Perguntas	Titular	Dependentes			
			1	2	3	4
1.	Alguma doença dos olhos (uso de óculos ou lentes, miopia, astigmatismo, estrabismo, catarata, doença da retina, ceratocone e outros)?					
2.	Alguma doença da audição, do ouvido, do nariz ou da garganta (surdez, aparelho auditivo, rinite, sinusite, amigdalite, desvio de septo ou outro)?					
3.	Alguma doença do cérebro, do sistema nervoso ou doença psiquiátrica (convulsão, derrame, AVC, aneurisma, paralisia cerebral, paralisia de algum membro, lesão de medula, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, depressão, esquizofrenia e outros)?					
4.	Alguma doença do coração (pressão alta, angina, infarto, arritmia, aneurisma, coração dilatado, marca-passo, sopro, stent, ponte de safena, Chagas, febre reumática e outras)? Nasceu com doença do coração ou cirurgia cardíaca? Tem varizes ou algum problema de circulação nas pernas?					
5.	Alguma doença respiratória ou do pulmão (asma, bronquite, enfisema, tuberculose, pneumonia e outras)?					
6.	Alguma doença dos rins ou da bexiga (cálculo renal, insuficiência renal, diálise, infecção de urina de repetição, incontinência ou perda de urina, cisto renal, doença policística, sangramento na urina, nódulo ou tumor de rim e outras)?					
7.	Alguma doença da mama, genital ou sistema reprodutor feminino (cisto ou tumor de ovário, ovário policístico, cisto de mama, tumor ou nódulo de mama, câncer de mama, mioma, sangramento vaginal, câncer de colo de útero, bexiga caída, infertilidade e outras)?					
8.	Alguma doença do genital ou sistema reprodutor masculino (ginecomastia, doença de próstata, câncer de próstata, hiperplasia ou inchaço da próstata, estreitamento da uretra, fimose, hidrocele, varicocele, impotência sexual, doença dos testículos, infertilidade e outras)?					
9.	Alguma doença do sangue, reumastimo, doença imunológica, do colágeno ou autoimune (anemia, anemia falciforme, leucemias, linfoma, púrpura, HIV ou AIDS, Chagas, lúpus, esclerose múltipla, artrite reumatoide, psoríase, doença da coagulação, febre reumática e outras)?					
10.	Alguma doença do sistema digestivo (hérnia umbilical, hérnia inguinal, outras hérnias, gastrite, pedra na vesícula, refluxo, doença do intestino, doença de Crohn, colites, hepatite B, hepatite C, outras hepatites, cirrose, outras doenças do fígado ou pâncreas)?					
11.	Tem obesidade ou sobrepeso? Tem diabetes, doença da tireoide, outra doença endócrina ou do metabolismo? Alguma doença do crescimento?					
12.	Alguma doença dos ossos ou da coluna (artrose, hérnia de disco, desvio de coluna, osteoporose, lesão de ligamento ou tendão, doença do fêmur ou joelho, bursites, tendinites, artrites, fraturas, placas, pinos, próteses e outras)? Alguma doença dos ossos da face, mandíbula ou cirurgia de bucomaxilofacial?					
13.	Algum tumor benigno, maligno ou câncer (leucemia, linfoma, câncer de mama, pulmão, fígado, tumor ou pólipo de intestino, tumor ou câncer da próstata, melanoma e outros tumores de pele, tumor de boca ou outros tipos de câncer)?					
14.	Alguma outra doença com necessidade de internação e/ou cirurgia que não foi mencionada acima? Alguma doença genética, de nascença ou congênita?					

15.	Informar peso:	Titular	Dep.(1)	Dep.(2)	Dep.(3)	Dep.(4)
16.	Informar altura:	Titular	Dep.(1)	Dep.(2)	Dep.(3)	Dep.(4)

Caso você e/ou seu(s) dependente(s)/agregado(s) apresente(m) alguma(s) das situações anteriores, por favor, especifique(m) datas, tratamentos, realização de cirurgias, situação atual ou demais dados que considerar(em) importantes para avaliação médica e onúmero do dependente/agregado. Se dispuser de relatório médico ou laudo de exames e cirurgias a respeito da doença referida, junte a esta Declaração de Saúde

Item (pergunta)	Tit./Nº do dependente	Data/evento – Descrição/Esclarecimento/CID	Uso da operadora

SB SAÚDE

Nº DA PROPOSTA:

DECLARAÇÃO DE SAÚDE			
Item (pergunta)	Tit./Nº do dependente	Data/evento – Descrição/Esclarecimento/CID	Uso da operadora

Eu, proponente titular, declaro que;

Entendi o conteúdo das informações importantes e de todas as perguntas da Declaração de Saúde, e dispensei orientação médica para respondê-las, assumindo total responsabilidade pelas
informações por mim prestadas. Aceitei oferta de Cobertura Parcial Temporária — CPT em relação às doenças e lesões declaradas neste documento. Autorizo à operadora a solicitar, a qualquer
tempo, a médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, exames, prontuários e informações necessárias para a elucidação de qualquer assunto que se relacione com à presente Declaração de
Saúde. As informações de saúde relativas a mim e a meu(s) dependentes são verdadeiras e completas, e foram espontaneamente fornecidas, estando ciente de que a omissão de fatos e/ou o preenchimento incorreto desta declaração poderá acarretar as consequências previstas na legislação de rescisão contratual e de responsabilidade do beneficiário por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso venha a ser comprovada junto à ANS.

Nos termos do artigo 16 da Lei nº 9.656/08 e observada a Súmula 27 da ANS, tenho ciência de que a SB SAÚDE reserva-se o direito de exigir a realização de entrevista médica qualificada como condição de aceitação desta contratação, em especial para às hipóteses de conflito entre as informações constantes no item 11 em relação ao peso é altura informados na Declaração de Saúde, para esclarecer o conhecimento ou não quanto à patologia de obesidade mórbida.

Local e Data | Assinatura do Titular ou Representante Legal | Médico/Carimbo CRM