

Declaração de Doença ou Lesão Preexistente

Havendo a informação de doença ou lesão preexistente por parte do Beneficiário, esta Operadora oferecerá Cobertura Parcial Temporária - CPT, a qual admite, por um período interrupto 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.

Da Responsabilidade do Beneficiário

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o Beneficiário será 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 Plena Saúde se reserva no direito de não oferecer o Agravo como opção a CPT, conforme lhe faculta o artigo 6º, parágrafo da Resolução Normativa nº 162/07.

1- No preenchimento desta declaração, V.SA tem a opção de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora ou por um profissional de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

2- Estou ciente de que as coberturas para o tratamento de doenças e lesões pré existentes declaradas ou omitidas estarão sujeitas a 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.

Opção de Preenchimento: COM Orientação Médica SEM Orientação Médica

Nome Completo do Titular
Nome Completo do Dependente 1
Nome Completo do Dependente 2
Nome Completo do Dependente 3
Nome Completo do Dependente 4
Nome Completo do Dependente 5

PERGUNTAS A SEREM RESPONDIDAS COM "S" (SIM) ou "N" (NÃO). DE PRÓPRIO PUNHO, PELO PROPONENTE TITULAR, EM SEU NOME E DE SEUS DEPENDENTES.		TIT.	Dependentes				
		00	01	02	03	04	05
1	Problemas do coração (Infarto, Insuficiência Cardíaca, Angina, Arritmia, etc).						
2	Problemas circulatórios (Pressão Alta, Varizes, Trombose, Aneurisma, etc).						
3	Problemas neurológicos (Derrames, Aneurisma, Dores de cabeça, Desmaios, Convulsões, Epilepsia, Paralisias, Enxaquecas, etc).						
4	Problemas de rins (Pedras, Insuficiência Renal, Cólicas Renais, Nefrite, Nefrose, etc).						

5	Problemas de pulmão (Asma, Bronquite, Doença Pulmonar Obstrutiva, Crônica-DPOC, Enfisema, etc).						
6	Doenças dos ossos (Osteoporose, Fraturas, Raquitismo, etc).						
7	Doenças dos nervos (Esquizofrenia, Depressão, Ansiedade, etc).						
8	Doenças das glândulas (Tireóide, Diabetes, Problemas Hormonais, etc).						
9	Doenças do aparelho digestivo (Úlceras, Gastrite, Icterícia, Colecistite, Pedras na Vesícula, Cirrose, Pancreatite, Diarréia Crônica, Hemorróidas, Hemorragia Digestiva, Hepatite, Fibrose Cística do Pâncreas, etc).						
10	Problemas de hérnias de qualquer tipo (Umbilical, Diafragmática, Inguinal, Incisional, Escrotal, etc).						
11	Problemas do sangue (Anemias, Leucemia, Púrpura, Linfoma, etc).						
12	Problemas do ouvido, nariz e garganta (sinusites, desvio de septo, otites, adenóides, amigdalites, etc).						
13	Doenças Reumatológicas (Artrite, Artrose, Febre Reumática, Reumatismo, Lupos, etc).						
14	Problemas de mamas (Nódulos/Caroços no seio, hipertrofia mamária/ginecomastia, etc).						
15	Problemas Ginecológicos (Cistos de Ovário, Miomas, Endometriose, Sangramentos Persistentes, Problemas de Períneo Bexiga Caída, Perda de Urina aos esforços, etc).						
16	Problemas Urológicos (Fimose, Testículos fora da bolsa, Próstata, Hidrocele, Dificuldade para urinar, Sangramentos na Urina, Infecções na Urina frequentes, etc).						
17	Problemas nos olhos (Catarata, Glaucoma, Pterígio, Cegueira, Miopia, Astigmatismo, Presbiopia, Vista Cansada, etc).						
18	Doenças Infecto Contagiosas (Chagas, Malaria, Aids, Hepatite, Tuberculose, Esquistosomos, Febre Amarela, ou Outras, etc).						
19	Tem algum tipo de câncer ou tumor?						
20	Tem defeitos congênitos ou de nascimento?						
21	É portador de algum transtorno, desordem, desalinhamento e/ ou deformidades das arcadas, maxilares, mandíbulas e/ou suas articulações? Há uso de aparelho ortodôntico?						
22	Transtornos de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, anfetamina, entre outras)?						
23	Tem alguma outra doença ou lesão não descrita acima?						

Informações Complementares:

Indique no quadro de Peso e Altura as informações sobre você e seus dependentes:

Informe:	Titular:	Dep.1:	Dep.2:	Dep.3:	Dep.4:	Dep.5:
Peso:						
Altura:						

Atenção: A obesidade mórbida será caracterizada para fins de CPT (Cobertura Parcial Temporária), sempre que o IMC for superior a 40 Kg/m² ou superior a 35 Kg/m² e portador de doença crônica associada. O Índice de Massa Corpórea (IMC) é calculado dividindo-se o peso em quilogramas pela altura em metros, elevada ao quadrado: $IMC = \text{Peso (em Kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (em metros)}$.

Entrevista Qualificada:

- 1-** Declaro que me foram oferecidas as opções 2 e 3 abaixo especificadas e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, optei por não fazer a entrevista médica qualificada assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta declaração.
- 2 -** Declaro que fui orientado por médico credenciado da Plena Saúde LTDA no preenchimento desta Declaração de Saúde.
- 3 -** Declaro que fui orientado por médico particular de minha confiança no preenchimento desta Declaração de Saúde.

Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM.

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. Autorizo, também, que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas prestem aos médicos da Plena Saúde LTDA. informações sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, bem como as moléstias de quais temo, por ventura, sofrido e o resultado de exames, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ou sigilo profissional.

Local e Data

Assinatura do Contratante (titular ou responsável)

Quadro Descritivo

Item	Cód. Titular/ Depend.	Data Evento	Caso algum dos participantes desta proposta apresente alguma das situações anteriores, especifique a razão da mesma (informe datas, tratamentos, situação atual e tudo o mais que considerar importante para avaliação médica e o código do dependente. Se dispuser de relatório médico, exames ou laudo de exames ou cirurgias a respeito da doença referida, junte-se a esta declaração.	Uso da Operadora CID - 10

Médico Orientador: No preenchimento dessa declaração, o Beneficiário tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado por esta Operadora ou por um de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão totalmente de sua responsabilidade.

Se optar por um Médico Orientador não referenciado, estou ciente de que a despesa será de minha responsabilidade e sem direito a reembolso. Fui orientado por:

- Médico Referenciado Médico Particular Optei por não utilizar auxílio do Médico Orientador para preenchimento desta declaração.

Nome do Médico: _____ **Código do Médico:** _____

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

CRM e Assinatura Sob Carimbo do Médico: _____