

Nº: \_\_\_\_\_

## PROPOSTA DE ADESAO AO PLANO DE SAUDE / DECLARAÇÃO DE SAUDE

| Item | Em relação aos quesitos abaixo, solicitamos que informe se sofre ou já sofreu de alguma doença relacionada respondendo com um X caso "sim" ou deixando em branco caso "não".    | Tit | 1º Dep | 2º Dep | 3º Dep | 4º Dep | 5º Dep |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1    | Aparelho Cardiovascular (Angina, Infarto, Hipertensão, Doença Reumática e Chagas, outras Valvulopatias, Aneurismas); já foi Submetido a algum tratamento?                       |     |        |        |        |        |        |
| 2    | Aparelho Digestivo (Vesícula, Fígado, Pâncreas, Esôfago, Intestino e Outros)?                                                                                                   |     |        |        |        |        |        |
| 3    | Aparelho Genito-Urinário (Cálculos, Ureter, Bexiga, Próstata, Infecção Urinária e Outras)?                                                                                      |     |        |        |        |        |        |
| 4    | Aparelho Respiratório (Asma, Bronquite, Enfisema, Pneumonia, Tuberculose, e Outras)?                                                                                            |     |        |        |        |        |        |
| 5    | Problemas Gineco-Obstétricos (Infertilidade, Distúrbios Menstruais, Gravidez, Períneo, Mioma, Cistos de Ovários e Trompas, Complicações no Parto, Sangramento ou Endometriose)? |     |        |        |        |        |        |
| 6    | Doenças Oculares (Deficiência Visual, Astigmatismo, Miopia, Catarata, Glaucoma, Estrabismo e Outros)?                                                                           |     |        |        |        |        |        |
| 7    | Distúrbios Mentais e do Comportamento (Nervosismo, Ansiedade, Depressão, Esquizofrenia, Neurose, Ingestão de Álcool ou Drogas, Outros)?                                         |     |        |        |        |        |        |
| 8    | Doenças de veias e artérias (Varizes, Trombose, Aneurismas)?                                                                                                                    |     |        |        |        |        |        |
| 9    | Doenças dos órgãos genitais masculinos (Próstata, Hidroceles, Outros)?                                                                                                          |     |        |        |        |        |        |
| 10   | Doenças endócrinas ou metabólicas (Diabetes, Tireóide, Supra-Renal, Hipófise e Outras)?                                                                                         |     |        |        |        |        |        |
| 11   | Doenças da mama (Cistos, Displasias, Outros)?                                                                                                                                   |     |        |        |        |        |        |
| 12   | Doenças do sistema imune (Lupus, Artrite Reumatóide, Outras)?                                                                                                                   |     |        |        |        |        |        |
| 13   | Doenças neurológicas (Derrame, Paralisia, Epilepsia, Desmaios, Parkinson, Outras)?                                                                                              |     |        |        |        |        |        |
| 14   | Hérnias de qualquer natureza (Inguinal, Umbilical Outras)?                                                                                                                      |     |        |        |        |        |        |
| 15   | Problemas hematológicos (Anemia, Leucemia, Coagulopatias, Outras)?                                                                                                              |     |        |        |        |        |        |
| 16   | Malformações congênitas ou adquiridas?                                                                                                                                          |     |        |        |        |        |        |
| 17   | Doenças otorrinolaringológicas (OTITE, Sinusite, Amigdalite, Rinite, Faringite, Vertigem, Outras)?                                                                              |     |        |        |        |        |        |
| 18   | É portador ou tem sequela de alguma doença neoplásica (Câncer), já fez alguma cirurgia, quimioterapia ou radioterapia?                                                          |     |        |        |        |        |        |
| 19   | Doenças do aparelho oste locomotor (Hérnia de Disco, Escoliose, Artrite, Artrose, Joanete, Osteomielite, Outras)? Já necessitou de cirurgia ou fisioterapia?                    |     |        |        |        |        |        |
| 20   | É portador ou tem sequela de doença infectocontagiosa (AIDS ou outras DST's, Hepatite, Tuberculose, Meningite, Outras)?                                                         |     |        |        |        |        |        |
| 21   | Tem algum tratamento clínico cirúrgico indicado e ainda não realizado?                                                                                                          |     |        |        |        |        |        |
| 22   | Deficiência de órgãos, membros ou sentidos?                                                                                                                                     |     |        |        |        |        |        |
| 23   | Teve alguma internação clínica ou fez alguma cirurgia nos últimos 12 meses? Qual motivo?                                                                                        |     |        |        |        |        |        |
| 24   | Teve algum acidente que tenha deixado alguma sequela ou necessite de algum tratamento médico?                                                                                   |     |        |        |        |        |        |

| Item | Em relação aos quesitos abaixo solicitamos que informe se sofre ou já sofreu de alguma doença relacionada, respondendo (sim) ou (não). | Tit | 1º Dep | 2º | 3º Dep | 4º | 5º | Dep |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|----|--------|----|----|-----|
| 25   | História de câncer, hipertensão, infarto ou diabetes na família?                                                                       |     |        |    |        |    |    |     |
| 26   | História de alergias?                                                                                                                  |     |        |    |        |    |    |     |
| 27   | Alguma não relacionada acima? Qual?                                                                                                    |     |        |    |        |    |    |     |
| 28   | Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____                                                                                                   |     |        |    |        |    |    |     |
|      | Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____                                                                                                   |     |        |    |        |    |    |     |
|      | Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____                                                                                                   |     |        |    |        |    |    |     |
|      | Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____                                                                                                   |     |        |    |        |    |    |     |
|      | Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____                                                                                                   |     |        |    |        |    |    |     |
|      | Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____                                                                                                   |     |        |    |        |    |    |     |

**OBS.: SE QUALQUER DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO ACIMA FOR "SIM", ESCLAREÇA ABAIXO:**

| Nº ITEM | Nº TITULAR/DEPENDENTE | ESPECIFICAR |
|---------|-----------------------|-------------|
|         |                       |             |
|         |                       |             |
|         |                       |             |
|         |                       |             |

|                                                                                     |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome do proponente:                                                                 | Assinatura do proponente:                                                           |
|  |  |

### ENTREVISTA QUALIFICADA

- a) | Declaro que fui orientado por médico referenciado da UNIMED no Preenchimento da Declaração de Saúde acima.
- b) | Declaro que fui orientado pelo meu médico Particular no Preenchimento da Declaração de Saúde acima.
- c) | Declaro ter conhecimento de todas as perguntas da Declaração de Saúde acima e que dispensei orientação médica para responder às mesmas assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas

### DEFINIÇÃO DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA E DE AGRAVO

I- 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 relacionadas exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

II- 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.

## DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Pela presente e na melhor forma do direito, declaro que na oportunidade do preenchimento da Declaração de Saúde, me foi esclarecido que eu poderia utilizar-me de um médico para minha orientação. Fui esclarecido ainda que o médico orientador poderia ser um outro não referenciado, de minha recreação, sendo que neste caso as despesas correriam por minha exclusiva conta e risco. A Cooperativa ofereceu-me uma relação dos médicos referenciados pela operadora.

Eu, qualificado como proponente de um Plano de Saúde junto à Operadora UNIMED Natal, assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas nesta proposta, inclusive as que estão impressas tipograficamente, mesmo que não sejam de meu próprio punho, que coincidem com a cópia carbonada em meu poder. Declaro ter ciência dos termos do artigo 1.444 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe que se o Proponente ou Usuário não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou nos volumes dos valores envolvidos, perderá os direitos pactuados, sem prejuízo dos haveres da Contratada.

Da mesma forma declaro-me ciente também que:

1. Este Plano de Saúde só terá validade após a aceitação da proposta e de que as informações que prestei na Declaração de Saúde poderão a operadora a solicitar-me esclarecimentos e, ou, escolher o Plano com restrições de cobertura, ou agravo por minha opção. Somente a emissão, vencimento e pagamento da primeira mensalidade caracteriza aceitação da minha proposta e marca a data de início das contagens dos períodos de carência consignados em contrato próprio.

2. No presente ato, e na melhor forma do direito, formalizo a autorização junto a qualquer profissional de saúde, laboratório, clínica, hospital, operadores de planos e de seguros de saúde, bem como a outras organizações ou pessoas a fornecerem à UNIMED Natal ou quem ela formalmente indicar, quaisquer informações relacionadas à minha saúde e à de meus dependentes e agregados.

Ocorrendo o pagamento de despesas médico-hospitalares diretamente pela Operadora, em nome e por conta do usuário e/ou seus dependentes e agregados, ou ainda reembolso de tais despesas, os comprovantes valerão como instrumento de cessão, ficando a Operadora subrogada até o limite da importância despendida, em todos os direitos e ações do Usuário e, ou, seus dependentes e agregados, contra aqueles que, por ato, fato ou omissão, tenha causado os prejuízos suportados pela Operadora, ou para eles concorrido, obrigando-se o Usuário e, ou, seus

dependentes e agregados, a facilitar os meios necessários ao exercício dessa subrogação.

Declaro também, para todos os fins e efeitos, ter conhecimento de que a conclusão, o aproveitamento, a redução ou isenção de prazos de carência não representam direito a utilização do Plano de Saúde para procedimentos não cobertos pelo contrato adotado.

Declaro, ainda, que tomei conhecimento das variações nos valores envolvidos, em função de taxas de fator moderador, parcelas de co-participação e franquias da UNIMED Natal e que estou ciente que para cobertura de gravidez e parto, será necessário o cumprimento de carência de 300 (trezentos) dias, sem exceção; sabendo que não será admitida a presunção de que a Operadora possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem do contrato, ou de comunicados formais com data posterior à assinatura do presente.

Declaro ter conhecimento do inteiro teor das condições gerais contidas no Contrato de Plano de Saúde, bem como de todos os anexos e documentos envolvidos, que neste ato estou recebendo

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

X

ASSINATURA DO PROPONENTE