

Declaração de Saúde**Dados dos Beneficiários**

Nome do proponente titular:	CPF:
Nome do Beneficiário Dependente:	CPF:
Nome do Médico Orientador:	CRM:

Indique no quadro peso e altura, as informações sobre você.

Informe**Peso: (Kg)****Altura: (m)****DEVERÁ SER PREENCHIDA OBRIGATORIAMENTE PELO BENEFICIÁRIO TITULAR****PREENCHER COM****EM CASO DE PREENCHIMENTO POSITIVO (SIM), INFORMAR A(S) PATOLOGIA(S) DO(S) RESPECTIVO ITEM.****"S" = SIM OU "N" = NÃO****ITENS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE****Sim ou Não**

1. É portador(a) de alguma doença do sangue, como anemias adquiridas (carencial, hemolítica e aplástica) ou anemias hereditárias (talassemia e falciforme), leucemia, linfoma, doença de Hodgkin, mieloma múltiplo e outras? () Qual?	
2. É portador(a) de algum distúrbio do sono, como apneia do sono, ronco? () Qual?	
3. É portador(a) de alguma doença do aparelhourinário ou reprodutor masculino, da próstata, dos rins, como calculose, insuficiência renal, varicocele ou outra? Tem rim transplantado ou necessidade de transplante? () Qual?	
4. É portador(a) de alguma doença dos olhos como miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia, catarata, estrabismo, glaucoma, tensão de córnea, pterígio, ou tem necessidade de transplante de córnea? () Qual?	
5. É portador(a) de alguma colagenose, como Lúpus, esclerodermia, polidermatomiosite, artrite reumatoide, vasculites ou outras? () Qual?	
6. É portador(a) de diabetes mellitus (açúcar alto no sangue)? () Qual?	
7. É portador(a) de alguma doença da boca ou das glândulas salivares, maxilares, hipertrofia de adenoide ou amígdalas, ou outra? () Qual?	
8. É portador(a) de alguma doença da coluna (cervical, dorsal, lombo-sacra, coccígea), bico de papagaio, hérnia de disco? () Qual?	
9. É portador(a) de alguma doença das artérias (carótida, aorta, femoral)? () Qual?	
10. É portador(a) de alguma doença do coração(reumática, valvular, isquêmica, infecciosa, muscular, congênita, infarto, possui Stent nas artérias coronárias)? () Qual?	
11. É portador(a) de alguma doença do aparelho digestivo, como cirrose hepática, hepatite, calculose de vesícula, pancreatite, enterite, colite, gastrite, úlcera, hemorroida, esofagite, diverticulose ou outra? () Qual?	

Local e data

Assinatura do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

Declaração de Saúde

ITENS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Sim ou Não

12. É portador de alguma doença ou deformidade congênita ou hereditária? Se sim, informe qual. () Qual?	
13. É portador(a) de alguma doença dos ouvidos e/ou mastoides, como surdez, otite crônica, rinite alérgica? () Qual?	
14. É portador(a) de alguma doença do sistema nervoso, como doença de Parkinson, doença de Alzheimer, convulsões, seqüela de AVC, tumores, paralisia, meningite? () Qual?	
15. É portador(a) de alguma doença do aparelho reprodutor feminino, das mamas ou endometriose, doenças dos órgãos genitais, incontinência urinária, mioma uterino, cisto de ovário ou outras? () Qual?	
16. É portador(a) de alguma doença dos ossos, como osteoporose, seqüela de fraturas ou outra? () Qual?	
17. É portador(a) de alguma doença dos pulmões, como doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, enfisema, tuberculose? () Qual?	
18. É portador(a) de algum tipo de hérnia, como inguinal, de hiato, umbilical, incisional, epigástrica ou outra? () Qual?	
19. É portador(a) de pressão alta? () Qual?	
20. É portador(a) de alguma doença de pele, como tumores, manchas ou outras? Especificar o local. () Local?	
21. É portador(a) de algum tipo de câncer (neoplasia maligna)? Especificar o ano do diagnóstico. () Qual?	Ano:
22. É portador(a) de Obesidade? Há quanto tempo? () Qual?	Tempo de Patologia:
23. É portador(a) de alguma doença muscular, como miastenia grave ou outra? () Qual?	
24. É portador(a) de vírus HIV (vírus da AIDS), Hepatite e qual o tipo? () Qual?	
25. É portador(a) de alguma doença das glândulas endócrinas, como tireoide, paratireoide, hipófise ou suprarrenal? Especificar glândulas e doença. () Qual?	
26. É portador(a) de alguma doença das veias, como varizes, microvarizes, trombose, úlcera de perna ou outra? () Qual?	
27. É portador de prótese e/ou órtese, tal como marca-passo, prótese ortopédica, válvula cardíaca, Stent? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento. () Qual?	Data diagnóstico: Tratamento realizado:
28. É portador(a) de alguma doença psiquiátrica (depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar, transtornos de ansiedade e alimentares, transtorno de aspecto autista)? () Qual?	
29. Tem alguma doença ou lesão preexistente que não tenha sido abordada no rol de perguntas anteriores? () Qual?	

Local e data

Assinatura do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

Declaração de Saúde

Anotações Complementares

Marque com um X a opção escolhida quanto à orientação médica para o preenchimento deste Formulário de Declaração de Saúde.

Declaro que optei por:

- Ser orientado(a) por médico(a) designado(a) pelo Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda. (ASSIM SAÚDE), sem ônus financeiro.
- Ser orientado(a) por médico(a) de minha escolha, ciente de que as despesas com honorários serão de minha responsabilidade.
- Dispensar a presença do médico orientador para auxiliar-me, por entender que não houve, de minha parte, qualquer dúvida com relação às perguntas formuladas e suas implicações.

Uso exclusivo do médico que orientou o preenchimento:

Identificação do médico (carimbo e assinatura)

Declaração

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade, podendo o Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro LTDA (Assim Saúde) considerá-las para análise, aceitação e manutenção da cobertura. Declaro, ainda, que estou ciente de que a omissão de informações sobre a existência de doenças ou lesões preexistentes das quais saiba ser portador(a) no momento do preenchimento deste Formulário de Declaração de Saúde, desde que tal omissão seja comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, serei responsável pelo pagamento das despesas com leitos de alta tecnologia e cirurgias realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação do Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda (ASSIM SAÚDE) alegando a presença de doença ou lesão preexistente não declarada.

Cobertura Parcial temporária (CPT): aquela que admite por 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 preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Agravos: 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.

Nome do proponente titular ou responsável legal (quando menor de 18 anos)

Data e assinatura da pessoa identificada acima (Iguar ao documento de identificação apresentado).

___ / ___ / ____

Para uso do Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro Ltda. (ASSIM SAÚDE) - Identificação de CID

Data: ___ / ___ / ____

Identificação do médico (carimbo e assinatura)