**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

1 - Após avaliação da Declaração de Saúde, a Unimed Goiânia poderá solicitar ao beneficiário titular e para cada um de seus dependentes, a realização de uma perícia médica, com consulta e exames complementares, a ser realizada por um médico-perito, a ser escolhido pela Unimed Goiânia.

2 - Caso seja necessária a realização da perícia médica, a Unimed Goiânia se responsabiliza por:

1. Agendar horário para a perícia médica (o beneficiário titular ou dependente, ou responsável legal deverá levar consigo sua respectiva Declaração de Saúde devidamente preenchida); e
2. Todas as despesas decorrentes com honorários médicos e exames.

3 - Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, a Unimed Goiânia oferecerá para o beneficiário a Cobertura Parcial Temporária, sendo facultada o oferecimento do Agravo como opção à CPT, nos termos abaixo:

1. Cobertura Parcial Temporária (CPT) é 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 preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;
2. Agravo é 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.

**BENEFICIÁRIO(S)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nome** | **Grau Dependência** | **Idade** | **Peso****(kg)** | **Altura****(m)** | **CPT (meses)** |
| 1 |       |  |       |       |     | 24 |
| 2 |       |  |       |       |       | 24 |
| 3 |       |  |       |       |       | 24 |
| 4 |       |  |       |       |       | 24 |
| 5 |       |  |       |       |       | 24 |
| 6 |       |  |       |       |       | 24 |
| 7 |       |  |       |       |       | 24 |
| 8 |       |  |       |       |       | 24 |
| 9 |       |  |       |       |       |       |
| 10 |       |  |       |       |       |       |
| 11 |       |  |       |       |       |       |

**PARA AS RESPOSTAS POSITIVAS, FAÇA O ESCLARECIMENTO NA FOLHA 4**

O Questionário abaixo pode ser respondido pelo beneficiário titular ou dependente, ou seu representante legal, no caso de beneficiário menor de 18 anos ou incapaz.

**Responda (S) Sim ou (N) Não**

|  |  |
| --- | --- |
| **ITENS** | **BENEFICIÁRIOS** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| **1. Sofre(u) de alguma das doenças ou lesões exemplificadas nos grupos abaixo?** |
| 1.1. Má formação congênitas ou hereditárias (má formação em qualquer órgão ou tecido (fimose, hipospádia, criptorquidia, língua presa, síndrome de Down, síndrome Patau, Turner, Klinefelter, pé torto, Sindactília, Polidactilia ou outras)?  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2. Doenças Psiquiátricas (depressão, esquizofrenia, bulimia, anorexia, distúrbio bipolar do humor, síndrome do pânico, dependência química pós drogas ou outras doenças)? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3. Oftalmológico – relacionada aos olhos (miopia, hipermetropia, astigmatismo, pterígio, ceratocone, estrabismo, catarata, glaucoma, deslocamento de retina, lesão de córnea, obstrução de vias lacrimais, presbiopia - vista cansada ou outras doenças)? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.4. Otorrinolaringologia – relacionadas aos ouvidos, nariz e/ou garganta (desvio de septo, pólipos de cordas vocais, surdez, otite crônica, labirintite, sinusites, rinites, amigdalites, adenoide ou outras doenças)? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.5. Doenças de pele (manchas, pintas, verrugas, nevos, cicatrizes, vitiligo, alopecia cremogianos – redução parcial ou total dos pelos ou cabelos, dermatite, psoríase, acne, melanoma ou outras doenças)? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.6. Respiratório ou alérgica (asma, bronquite crônica, enfisema pulmonar, edema agudo do pulmão, doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC ou outras doenças)? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.7. Mamárias (mamas volumosas, ginecomastia, cisto de mama, mama extramamária, nódulos, tumores ou outras doenças)?  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.8. Ginecológicas – somente para mulheres (mioma, períneo, esterilidade, doenças congênitas, cisto de ovário, endometriose, prolapsos ou rupturas genitais, fístulas, problemas de infertilidade ou outras doenças)? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.9. Urológico – somente para homens (próstata, testículo, pênis, impotência, esterilidade, varicocele, prostatite, hidrocele, inclusive doença congênita ou outras)? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.10. Urológico (cálculo renal, insuficiência renal crônica ou aguda, infecções urinárias, tumores, cálculos do aparelho urinário, cistos, incontinência urinária ou outras doenças)? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.11. Doenças infecciosas (tuberculose, síndrome da imunodeficiência adquirida – AIDS), hepatite A, B ou C, herpes, doença de Chagas, meningite, toxoplasmose ou outras doenças)? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.12. Endócrina, Nutricional ou Metabólica (diabetes, tireoidites, bócio ou cisto na tireoide e/ou hipófise, hiper e/ou hipotireoidismo, glândula salivar, maxilar, obesidade ou outras doenças)?  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.13. Oncológico – Cisto, Tumor Benigno ou Maligno (câncer) em qualquer local do corpo (câncer, tumores, neoplastias, leucemia, linfoma ou outro tipo) ou se submeteu a algum tratamento de quimioterapia ou radioterapia? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.14. Doenças do sangue (anemia, hemofilia, leucemia, linfoma, mieloma múltiplo, púrpura, talassemia, doença de Hodgkin, deficiência de fatores de coagulação, sangramentos ou outras doenças)? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.15. Coração (infarto, pressão alta, doença de Chagas, angina, arritmias, hipertensão, insuficiência valvar, insuficiência cardíaca, miocardite, DHEG – Doença Hipertensiva Especifica da Gravidez ou outras doenças)? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.16. Aparelho Digestivo (úlcera, cirrose do fígado, cálculo de vesícula; pólipos, hemorroidas, colite, doença de Crohn, pancreatite; refluxo gastroesofágico, gastrite, diverticulite, colecistite ou outras doenças)? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.17. Hérnias (inguinal, diafragmática, umbilical, ventral, escrotal, incisional, hérnia de hiato, hérnia de disco ou outras doenças)? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.18. Ortopédico (luxações e/ou fratura óssea, osteoporose, osteomielite, lesão de ligamento, problemas na coluna vertebral (lordose, escoliose, cifose, bico de papagaio), bursites, fibrose, lesão de menisco, joanete ou outras doenças)? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.19. Muscular (miastenia gravis, fibrose, tenossinovite, DORT - distúrbios osteomusculares e outras)? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.20. Reumático ou autoimunes (artrose, artrite, lúpus, artrite reumatoide, esclerose múltipla, esclerodermia, tendinite ou outras doenças)? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.21. Aparelho Circulatório (varizes, vasculite, aneurisma, trombose, úlceras de perna, insuficiência arterial, linfangite ou outras)? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.22. Distúrbios do Sono (apneia, insônia, roncos, síndrome das pernas inquietas, sonambulismo ou outras)? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.23. Neurológico (derrame, AVC, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, esclerose múltipla, paralisia cerebral ou de algum membro, epilepsia, convulsões, hidrocefalia, enxaqueca, aneurisma ou outras doenças)? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.24. É portador de alguma doença que não foi relacionada acima que possa alterar o preenchimento desta DECLARAÇÃO e que necessita de tratamento clínico ou cirúrgico? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 2.1. Você já sofreu Trauma de Face, fraturas dos ossos da face ou de elementos dentários? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2. Apresenta dificuldade na formação ou mastigação, com dor ou estalos nas articulações do queixo (ATM)? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.3. Você é portador de Prótese Total ou Prótese Parcial Removível? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.4. A sua arcada dentária, apresenta os dentes desalinhados, tortos ou mal posicionados? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.5. Apresenta algum tipo de assimetria facial, como queixo “Mandíbula” avançada ou retraída?  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. É portador de alguma órtese ou prótese (marca-passo, óculos, prótese ortopédica, stent cardíaco ou qualquer outro)? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM DO QUESTIONÁRIO** | **BENEFICIÁRIO** | **ESCLARECIMENTO SOBRE A DECLARAÇÃO DE SAÚDE** | **PREENCHIDO PELA UNIMED - CID** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

**DECLARAÇÃO**

Declaro para todos os fins que prestei informações completas e verídicas sobre o meu estado de saúde, como também de meu(s) dependente(s), com as quais me comprometo, após ter lido e compreendido todos os quesitos constantes, anexo a esta declaração, não restando dúvidas sobre as questões formuladas.

**Declaro estar ciente que:**

* A omissão de informações sobre a existência de Doenças ou Lesões Preexistentes das quais saiba ser portador(a) no momento do preenchimento da Declaração de Saúde, bem como na assinatura do contrato, será me comunicado, através do Termo de Comunicação ao Beneficiário, conforme descrito no art. 18, inciso V, da RN 558/2022, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito a suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato/proposta de adesão, conforme o art. 5º, caput, da RN 558/2022 e neste caso, serei responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento obtido referente a doença ou da lesão omitida, desde a data em que tiver recebido a comunicação ou a notificação da Unimed Goiânia alegando a omissão da(s) informação(ões).
* O(s) beneficiário(s) informado(s) na página 1/6 desta Declaração de Saúde, estará(ão) sujeito(s) à **Cobertura Parcial Temporária - CPT**, conforme definido neste instrumento, para a cobertura dos tratamentos relacionados às doenças ou lesões preexistentes que foram por mim informadas na Declaração de Saúde que é parte integrante do contrato celebrado.

**Declaro ainda que optei por:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **NÃO DISPENSAR** a presença do médico orientador da Unimed Goiânia no preenchimento da Declaração de Saúde, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas, **sem ônus financeiro**. |
|[ ]   |
|  |  |
|  | **DISPENSAR** a presença do médico orientador no preenchimento da Declaração de Saúde, por entender que não houve, de minha parte, qualquer dúvida com relação às perguntas formuladas e suas implicações, ficando **ciente de que, havendo necessidade, a Unimed Goiânia poderá solicitar a presença do(s) beneficiário(s) para esclarecer dúvidas e/ou complementar as informações prestadas na Declaração de Saúde.** |
|  |  |
|[x]   |
|  |  |
|  |  |
|  | **PREENCHER** a Declaração de Saúde na presença do médico de minha escolha, ciente de que as despesas com honorário serão de minha responsabilidade. |
|[ ]   |
|  |  |

Concordo que as informações ora prestadas passam a fazer parte integrante do contrato a ser celebrado com a Unimed Goiânia, ficando esta AUTORIZADA por mim, a solicitar esclarecimentos, relatórios médicos, hospitalares, clínicos ou em qualquer outra instituição, utilizando-as a qualquer tempo, no amparo e defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional dos beneficiários inclusos no contrato.

Tenho conhecimento de que a omissão de informação, bem como o preenchimento incorreto deste documento, caracterizada fraude, nos moldes do art. 299 do Código Penal, tornando o contrato passível de suspensão de cobertura ou denúncia, em conformidade com a Lei nº 9.565/98 e regulamentações respectivas.

*“Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:*

*Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.”*

Goiânia,       de       de 202 .

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura |  |
|  |
| **TESTEMUNHAS** |
| ***1-*** | ***2-*** |
| *assinatura* | *assinatura* |
| *Nome:*        | *Nome:*       |
| *CPF:*        | *CPF:*        |

**DECLARAÇÃO DO MEDICO ORIENTADOR**