

DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO PROPONENTE

DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO NORMATIVA RN nº 162, DE 17 DE OUTUBRO DE 2007,
DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - ANS

Preencher sem rasuras, de forma legível e de próprio punho, pelo proponente ou seu responsável legal

Plano individual ou familiar - Pessoa Física Plano coletivo empresarial ou adesão Inclusão de dependente

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

| | | | |
|---|------|------|---------------------|
| NOME: | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: | R.G. | CPF: | SEXO: |
| ENDEREÇO: | | | |
| NOME DA EMPRESA (CASO TITULAR ESTEJA VINCULADO AO PLANO EMPRESARIAL): | | | CÓDIGO DO CONTRATO: |

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

| | | | | |
|---------------------|------|------|-------|-------------|
| NOME: | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: | R.G. | CPF: | SEXO: | PARENTESCO: |
| NOME: | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: | R.G. | CPF: | SEXO: | PARENTESCO: |
| NOME: | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: | R.G. | CPF: | SEXO: | PARENTESCO: |
| NOME: | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: | R.G. | CPF: | SEXO: | PARENTESCO: |

DADOS DO RESPONSÁVEL (No caso do titular ser menor de idade)

| | | | | |
|---------------------|------|------|-------|-------------|
| NOME: | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: | R.G. | CPF: | SEXO: | PARENTESCO: |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Por força da Resolução ANS/RN nº 162/07, a Operadora Samp presta as seguintes informações ao Titular e respectivos dependentes:

- ✓ Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofrer, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/98.
- ✓ 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 preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- ✓ Agravos é o acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, oferecido pela Operadora, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratadas.
- ✓ No preenchimento da presente declaração, o consumidor possui a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou optar por um profissional de sua livre escolha, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
- ✓ A declaração de saúde possui por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
- ✓ 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, através do respectivo processo administrativo, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Caso seja constatada a omissão pela ANS, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir do trânsito em julgado do referido processo administrativo.

Neste ato, a Operadora Samp oferece orientação médica para preenchimento da presente Declaração de Saúde, optando o Titular:

() POR ACEITAR O AUXÍLIO DO PROFISSIONAL MÉDICO PARA ORIENTAÇÃO ACERCA DO PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

() POR DISPENSAR O AUXÍLIO DO PROFISSIONAL MÉDICO PARA ORIENTAÇÃO ACERCA DO PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

DADOS DO MÉDICO ORIENTADOR, SE HOUVER:
(preencher de próprio punho)

NOME/CRM

(Assinatura e Carimbo)

ASSINATURA DO TITULAR

QUESTIONÁRIO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

ASSINALAR COM "SIM" OU "NÃO", NOS CAMPOS DAS RESPOSTAS, PARA CADA PESSOA.
CASO TENHA QUE ESPECIFICAR ALGUM ITEM, USAR O CAMPO NO FIM DO FORMULÁRIO.

| SOFRE OU SOFREU DE ALGUM DESSES ITENS: | TIT. | DEP 1 | DEP 2 | DEP 3 | DEP 4 |
|--|------|-------|-------|-------|-------|
| 1) É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DO SANGUE E DO COLÁGENO (anemia crônica, anemia falciforme, aplasia de medula, febre reumática, hemofilia, leucemia, linfoma, lúpus, púrpura, talassemia, transplante de medula, outras doenças, lesões. Especificar)? | | | | | |
| 2) É PORTADOR (A) DE DOENÇAS ENDOCRINOLÓGICAS (diabetes, hiper ou hipo tireoidismo, bócio ou nódulos na tireoide, obesidade, baixo peso importante, outras doenças /lesões. Especificar)? | | | | | |
| 3) É PORTADOR (A) DE DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS – MENTAIS (depressão, esquizofrenia, surto psicótico, dependência química)? outras doenças / lesões. Especificar | | | | | |
| 4) É PORTADOR (A) DE DOENÇA DO SISTEMA NERVOSO (parkinson, alzheimer, epilepsias – convulsões, paralisia cerebral, seqüela de AVC, meningites, aneurismas cerebrais)? outras doenças / lesões. Especificar | | | | | |
| 5) É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DOS OLHOS (catarata, glaucoma, ceratocone, miopia – especificar o grau, astigmatismo – especificar o grau, hipermetropia- especificar o grau)? outras doenças / lesões. Especificar | | | | | |
| 6) É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DOS OUVIDOS, GARGANTA E FACE (labirintite, surdez – perda de audição, ruptura do tímpano, desvio de septo, luxação de articulação temporomandibular, hipertrofia de amígdalas e adenóides, afasia – perda da voz, otites de repetição)? outras doenças / lesões. Especificar | | | | | |
| 7) É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO (hipertensão arterial – pressão alta, angina pectoris – dor no peito, infarto do miocárdio, arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral AVC – derrame, doenças cardíacas congênitas, valvulopatias, sopro cardíaco, doença de chagas, aneurismas abdominais, varizes, hemorroidas, colocação de stents, cateterismo, úlceras de membros inferiores, angioplastias, revascularização do miocárdio, marca-passo)? outras doenças / lesões. Especificar | | | | | |
| 8) É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO (rinites, bronquites, sinusites, asma, pneumonia, enfisema, tuberculose)? outras doenças / lesões. Especificar | | | | | |
| 9) É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO (pancreatite, pedra na vesícula, úlceras, gastrites, diverticulite, cirrose hepática, hepatites, colites, hérnias)? outras doenças / lesões. Especificar | | | | | |
| 10) É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DA PELE (verrugas, pintas, quelóides, nódulos, tumores, caroços, melanoma, câncer de pele, cicatrizes, alergias)? outras doenças / lesões. Especificar | | | | | |
| 11) É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DOS OSSOS E MÚSCULOS (artroses, luxações, artrites, osteoporose, reumatismo, doenças do menisco, doenças dos ligamentos e tendões, hérnia de disco, escoliose, osteomielite, fraturas, traumatismos)? outras doenças / lesões. Especificar | | | | | |
| 12) É PORTADOR (A) DE DOENÇAS DO APARELHO GENITOURINÁRIO (insuficiência renal, cálculo renal, incontinência urinária – urina solta, cistocele – bexiga caída, infertilidade, nódulo – cisto mamário, nefrite, hipospádia – homem, hiperplasia – câncer de próstata homem, fimose – homem, cisto de ovário – mulher, transtornos menstruais – mulher)? outras doenças / lesões. Especificar | | | | | |
| 13) É PORTADOR (A) DE DOENÇAS CONGÊNITAS – NASCENÇA (má formação. Especificar, doença de Down, doença metabólica, prematuridade)? outras doenças / lesões. Especificar | | | | | |
| 14) É PORTADOR (A) DE DOENÇAS INFECTO CONTAGIOSAS (AIDS, ou portador do vírus HIV, Hanseníase – lepra, doenças sexualmente transmissíveis)? outras doenças / lesões. Especificar | | | | | |
| 15) É PORTADOR (A) OU SOFRE DE ALGUM TIPO DE SEQUELA (acidente, doença adquirida, doença congênita, pós-cirurgia)? outras doenças / lesões. Especificar | | | | | |
| 16) JÁ FOI SUBMETIDO A ALGUMA CIRURGIA OU TEM QUE FAZER ALGUMA CIRURGIA (ESPECIFICAR)? | | | | | |
| 17) É PORTADOR (A) DE DOENÇAS NEOPLÁSICAS – CÂNCER (pele, trato urinário – rins bexiga, genitais masculinos – pênis, próstata, mama, genitais femininos útero, ovário, mama, tireoide, ossos e músculos, boca, nariz, garganta, pulmões, intestinos)? outras doenças / lesões. Especificar | | | | | |
| 18) JÁ FEZ OU FAZ RADIOTERAPIA (Especificar)? | | | | | |
| 19) JÁ FEZ OU FAZ QUIMIOTERAPIA (Especificar)? | | | | | |
| 20) JÁ ESTEVE INTERNADO (Especificar)? | | | | | |
| 21) JÁ FEZ OU FAZ HEMODIÁLISE / DIÁLISE (Especificar)? | | | | | |
| 22) JÁ FEZ OU TEM QUE FAZER ALGUM TRANSPLANTE (Especificar)? | | | | | |
| 23) FAZ USO DE ALGUM TIPO DE ÓRTESE. PRÓTESE (Especificar)? | | | | | |
| 24) GESTAÇÕES - PARTOS, ABORTOS, QUANTOS (Especificar)? | | | | | |
| 25) ALGUMA DOENÇA CRÔNICA NÃO RELACIONADA (Especificar)? | | | | | |

DADOS GERAIS

Peso estimado

Altura estimada

EM CASO DE RESPOSTAS AFIRMATIVAS NO QUESTIONÁRIO DA PÁGINA ANTERIOR, ESPECIFICAR O TIPO DA DOENÇA OU LESÃO POR BENEFICIÁRIO, COM PERÍODO/TEMPO.

| Beneficiário/Tit ou Dep | Item | Especificações | Período/Tempo |
|-------------------------|------|----------------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

O CAMPO ABAIXO É DESTINADO A COMENTÁRIOS E INFORMAÇÕES ADICIONAIS A RESPEITO DAS QUESTÕES FORMULADAS QUE JULGUE IMPORTANTE REGISTRAR.

Declara o Titular, que o representante da Samp ofereceu-lhe todas as informações a respeito do contrato, não havendo da parte dele qualquer dúvida sobre as disposições contratuais. Declarando, outrossim, que assume inteira responsabilidade pelas respostas declaradas acima, sob pena de imputação de fraude e, que a Samp colocou à sua disposição a escolha de médicos para a entrevista qualificada.

_____ / _____ / _____
Local Data

BENEFICIÁRIO TITULAR/RESPONSÁVEL: _____

VENDEDOR/INTERMEDIÁRIO DO CONTRATO: _____

MÉDICO AUDITOR: _____