Unimed São José dos Campos Cooperativa de Trabalho Médico
CNPJ: 60.214.517/0001-05 - Reg. ANS: 33187-2 | Av Dr. Nelson D´Avila, 1.365 - Jd. São Dimas -12.245-030 - São José dos Campos - SP

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a), Proposta nº_____

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula a atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.
Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

• A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

• A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.

• No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, etc.*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.

• NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.

• Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

• A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.

• Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.

• Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. **Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência!** Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

Rubrica

Unimed São José dos Campos Cooperativa de Trabalho Médico
CNPJ: 60.214.517/0001-05 - Reg. ANS: 33187-2 | Av Dr. Nelson D´Avila, 1.365 - Jd. São Dimas -12.245-030 - São José dos Campos - SP

OPS-VEN-RQ-014.R8

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a), Proposta nº_____

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula a atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.
Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

• A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

• A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.

• No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, etc.*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.

• NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.

• Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

• A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.

• Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.

• Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. **Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência!** Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

Rubrica

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO Proposta nº_____

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.
Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

BENEFICIÁRIO TITULAR	INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO
Local / Data	Local / Data
Nome do beneficiário titular	Nome Legível
CPF do beneficiário titular	CPF
Assinatura do beneficiário titular ou responsável pelo menor	Assinatura

Declaro que o representante da UNIMED ofereceu-me todas as informações a respeito do contrato, não havendo de minha parte, dúvidas sobre quaisquer de suas cláusulas. Declaro também que assumo inteira responsabilidade pelas respostas abaixo sob pena de imputação de fraude, e que a UNIMED colocou a minha disposição à escolha de profissionais médicos para entrevista qualificada.

Informações obrigatórias, por força da Resolução ANS/RN n.º 162/07:

A - **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 à doenças ou lesão preexistente declarados pelo beneficiário ou seu representante legal.

B - **Agravo** – 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.

C - 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, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicação ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO Proposta nº_____

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.
Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

BENEFICIÁRIO TITULAR	INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO
Local / Data	Local / Data
Nome do beneficiário titular	Nome Legível
CPF do beneficiário titular	CPF
Assinatura do beneficiário titular ou responsável pelo menor	Assinatura

Declaro que o representante da UNIMED ofereceu-me todas as informações a respeito do contrato, não havendo de minha parte, dúvidas sobre quaisquer de suas cláusulas. Declaro também que assumo inteira responsabilidade pelas respostas abaixo sob pena de imputação de fraude, e que a UNIMED colocou a minha disposição à escolha de profissionais médicos para entrevista qualificada.

Informações obrigatórias, por força da Resolução ANS/RN n.º 162/07:

A - **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 à doenças ou lesão preexistente declarados pelo beneficiário ou seu representante legal.

B - **Agravo** – 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.

C - 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, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicação ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Unimed São José dos Campos Cooperativa de Trabalho Médico
CNPJ: 60.214.517/0001-05 - Reg. ANS: 33187-2 | Av Dr. Nelson D´Avila, 1.365 - Jd. São Dimas -12.245-030 - São José dos Campos - SP

OPS-VEN-RQ-014.R8

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Proposta nº_____

Dados do Beneficiário Titular

1- Nome do Beneficiário:	Altura:	Peso:

2 - Tipo de Plano:	RG:	Data Nasc.:

Dados dos Dependentes

1- Nome:	Nasc:	Altura:	Peso:
2- Nome:	Nasc:	Altura:	Peso:
3- Nome:	Nasc:	Altura:	Peso:
4- Nome:	Nasc:	Altura:	Peso:

PREENCHIMENTO NECESSÁRIO EM CASO DE PESSOA JURÍDICA

Nome da Empresa: _____ Código do contrato:_____

☐ Declaro que dispensei orientação médica a mim oferecida para o preenchimento desta Declaração de Saúde por julgar-me capacitado a fezê-lo por minha própria conta, pelo que respondo integralmente.

☐ Declaro que fui orientado por médico preposto para preenchimento desta Declaração de Saúde.

☐ Declaro que fui submetido a exames ou perícia médica.

Declaro que prestei as orientações necessárias para o BENEFICIÁRIO TITULAR preencher de próprio punho esta Declaração de Saúde.

_____
Médico orientador, carimbo e CRM

_____,_____/_____/_____
Local/Data

_____
Asssinatura Beneficiário Titular

Unimed São José dos Campos Cooperativa de Trabalho Médico
CNPJ: 60.214.517/0001-05 - Reg. ANS: 33187-2 | Av Dr. Nelson D´Avila, 1.365 - Jd. São Dimas -12.245-030 - São José dos Campos - SP

OPS-VEN-RQ-014.R8

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Proposta nº_____

Dados do Beneficiário Titular

1- Nome do Beneficiário:	Altura:	Peso:

2 - Tipo de Plano:	RG:	Data Nasc.:

Dados dos Dependentes

1- Nome:	Nasc:	Altura:	Peso:
2- Nome:	Nasc:	Altura:	Peso:
3- Nome:	Nasc:	Altura:	Peso:
4- Nome:	Nasc:	Altura:	Peso:

PREENCHIMENTO NECESSÁRIO EM CASO DE PESSOA JURÍDICA

Nome da Empresa: _____ Código do contrato:_____

☐ Declaro que dispensei orientação médica a mim oferecida para o preenchimento desta Declaração de Saúde por julgar-me capacitado a fezê-lo por minha própria conta, pelo que respondo integralmente.

☐ Declaro que fui orientado por médico preposto para preenchimento desta Declaração de Saúde.

☐ Declaro que fui submetido a exames ou perícia médica.

Declaro que prestei as orientações necessárias para o BENEFICIÁRIO TITULAR preencher de próprio punho esta Declaração de Saúde.

_____
Médico orientador, carimbo e CRM

_____,_____/_____/_____
Local/Data

_____
Asssinatura Beneficiário Titular

Unimed São José dos Campos Cooperativa de Trabalho Médico
CNPJ: 60.214.517/0001-05 - Reg. ANS: 33187-2 | Av Dr. Nelson D´Avila, 1.365 - Jd. São Dimas -12.245-030 - São José dos Campos - SP

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Assinalar com S (sim) ou N (não) as respostas às seguintes questões: Proposta nº_____

Válida para titular e dependentes. Deverá ser preenchida obrigatoriamente pelo beneficiário titular:

Informe se é portador ou se já sofreu de:		Titular	Dependentes 1º	2º	3º	4º
1	Doenças do aparelho cardio circulatório, veias e artérias? Pressão alta, angina, infarto, sopro cardíaco, má formações congênita, arritmias entre outras, varizes, flebites.					
2	Doenças endócrinas ou metabólicas? Diabetes, tireóide, obesidade, outros distúrbios hormonais, inclusive congênitos.					
3	Problemas pulmonares? Asma, bronquite, efizema, insuficiência respiratória, inclusive congênitas entre outras.					
4	Doenças do aparelho digestivo? Estôgamo: gastrite, úlcera, colite, hemorróidas, pedra na vesícula biliar, pâncreas, doenças congênitas entre outras. Fígado: hepatite, cirrose ou outra, inclusive congênitos.					
5	Doenças dos órgãos genitais masculinos? Próstata, testículo, pênis, impotência, esterilidade, varicocele, inclusive doença congênita.					
6	Doenças ginecológicas e das mamas? Períneo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, esterelidade, doenças congênitas entre outras.					
7	Problemas urinários renais ou da bexiga? Cálculos, infecções dos rins, insuficiência renal, incontinência urinária, inclusive doenças congênitas entre outras.					
8	É portador(a) de doenças infecto-contagiosas? Relacionadas ao vírus HIV, lepra, tuberculose, entre outras.					
9	É portador(a) de alguma doença do sangue? Anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, sangramentos, entre outras.					
10	Doença do ouvido, nariz ou garganta? Diminuição da audição, perfuração do tímpano, adenóide, tumor, desvio de septo, sinusite, amidalite crônica, inclusive congênitas.					
11	Doenças oftalmológicas? Miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, pterígio, estrabismo, problemas ou alterações de retina entre outros.					
12	Doenças ou más formações (defeitos) congênitas ou hereditárias (familiares)?					
13	Doenças ou tumorações malignas ou benignas (câncer)?					
14	Doença neurológica? Parkinson, Alzheimer, eplepsia, sequela de AVC, paralisia, convulsões, aneurisma cerebral, esclerose múltipla, entre outras inclusive congênitas).					
15	Sofre de algum transtorno psiquiátrico? Psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental entre outros.					
16	É portador(a) de alguma dependência química? Alcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras.					
17	Doença da pele? Psoríase, dermatite, vitiligo, tumorações, alergias, manchas, sinais ou cicatrizes entre outras, inclusive congênita.					
18	Problemas ortopédicos ou doenças reumáticas? Artrose, artrite, hérnia de disco, osteoporose, escoliose, lombalgia, desvios da coluna inclusive congênitas.					
19	Possui algum tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado para os próximos meses? Especificar.					
20	Realiza ou realizou diálise ou hemodiálise? Especificar.					
21	Realiza ou realizou quimioterapia, braquioterapia ou radioterapia? Especificar.					
22	Possui marca-passo ou outra prótese interna? Pinos, placas, parafusos. Especificar.					
23	Já foi submetido(a) a alguma cirurgia que deixou seqüelas? Especificar:					
24	Já esteve internado por algum motivo? Relacionar:					
25	Doença ou foi submetido(a) a alguma cirurgia ou tratamento que não foi mencionado acima? Especificar.					

Rubrica

Unimed São José dos Campos Cooperativa de Trabalho Médico
CNPJ: 60.214.517/0001-05 - Reg. ANS: 33187-2 | Av Dr. Nelson D´Avila, 1.365 - Jd. São Dimas -12.245-030 - São José dos Campos - SP

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Assinalar com S (sim) ou N (não) as respostas às seguintes questões: Proposta nº_____

Válida para titular e dependentes. Deverá ser preenchida obrigatoriamente pelo beneficiário titular:

Informe se é portador ou se já sofreu de:		Titular	Dependentes 1º	2º	3º	4º
1	Doenças do aparelho cardio circulatório, veias e artérias? Pressão alta, angina, infarto, sopro cardíaco, má formações congênita, arritmias entre outras, varizes, flebites.					
2	Doenças endócrinas ou metabólicas? Diabetes, tireóide, obesidade, outros distúrbios hormonais, inclusive congênitos.					
3	Problemas pulmonares? Asma, bronquite, efizema, insuficiência respiratória, inclusive congênitas entre outras.					
4	Doenças do aparelho digestivo? Estôgamo: gastrite, úlcera, colite, hemorróidas, pedra na vesícula biliar, pâncreas, doenças congênitas entre outras. Fígado: hepatite, cirrose ou outra, inclusive congênitos.					
5	Doenças dos órgãos genitais masculinos? Próstata, testículo, pênis, impotência, esterilidade, varicocele, inclusive doença congênita.					
6	Doenças ginecológicas e das mamas? Períneo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, esterelidade, doenças congênitas entre outras.					
7	Problemas urinários renais ou da bexiga? Cálculos, infecções dos rins, insuficiência renal, incontinência urinária, inclusive doenças congênitas entre outras.					
8	É portador(a) de doenças infecto-contagiosas? Relacionadas ao vírus HIV, lepra, tuberculose, entre outras.					
9	É portador(a) de alguma doença do sangue? Anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, sangramentos, entre outras.					
10	Doença do ouvido, nariz ou garganta? Diminuição da audição, perfuração do tímpano, adenóide, tumor, desvio de septo, sinusite, amidalite crônica, inclusive congênitas.					
11	Doenças oftalmológicas? Miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, pterígio, estrabismo, problemas ou alterações de retina entre outros.					
12	Doenças ou más formações (defeitos) congênitas ou hereditárias (familiares)?					
13	Doenças ou tumorações malignas ou benignas (câncer)?					
14	Doença neurológica? Parkinson, Alzheimer, eplepsia, sequela de AVC, paralisia, convulsões, aneurisma cerebral, esclerose múltipla, entre outras inclusive congênitas).					
15	Sofre de algum transtorno psiquiátrico? Psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental entre outros.					
16	É portador(a) de alguma dependência química? Alcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras.					
17	Doença da pele? Psoríase, dermatite, vitiligo, tumorações, alergias, manchas, sinais ou cicatrizes entre outras, inclusive congênita.					
18	Problemas ortopédicos ou doenças reumáticas? Artrose, artrite, hérnia de disco, osteoporose, escoliose, lombalgia, desvios da coluna inclusive congênitas.					
19	Possui algum tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado para os próximos meses? Especificar.					
20	Realiza ou realizou diálise ou hemodiálise? Especificar.					
21	Realiza ou realizou quimioterapia, braquioterapia ou radioterapia? Especificar.					
22	Possui marca-passo ou outra prótese interna? Pinos, placas, parafusos. Especificar.					
23	Já foi submetido(a) a alguma cirurgia que deixou seqüelas? Especificar:					
24	Já esteve internado por algum motivo? Relacionar:					
25	Doença ou foi submetido(a) a alguma cirurgia ou tratamento que não foi mencionado acima? Especificar.					

Rubrica

Unimed São José dos Campos Cooperativa de Trabalho Médico
CNPJ: 60.214.517/0001-05 - Reg. ANS: 33187-2 | Av Dr. Nelson D´Avila, 1.365 - Jd. São Dimas -12.245-030 - São José dos Campos - SP

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Proposta nº_____

Informações Complementares

Titular	1º Dependente	2º Dependente	3º Dependente	4º Dependente	Ano do Evento	Caso tenha sido marcado "SIM" em algum dos itens da Declaração de Saúde, seja para **Titular** e/ou **Dependente**(s), informe para cada item e por beneficiário as datas, tratamentos, situação atual e tudo o mais que considerar importante para a avaliação médica.

Restrições: (1) Cirúrgico - (2) Uso de leito de Alta Tecnologia - (3) Procedimentos de Alta Complexidade

Restrição	Item	Beneficiário	Descrição	Meses	CID - 10

_____ Local e data

_____ Médico(a) responsável

_____ Assinatura Beneficiário Titular

Unimed São José dos Campos Cooperativa de Trabalho Médico
CNPJ: 60.214.517/0001-05 - Reg. ANS: 33187-2 | Av Dr. Nelson D´Avila, 1.365 - Jd. São Dimas -12.245-030 - São José dos Campos - SP

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Proposta nº_____

Informações Complementares

Titular	1º Dependente	2º Dependente	3º Dependente	4º Dependente	Ano do Evento	Caso tenha sido marcado "SIM" em algum dos itens da Declaração de Saúde, seja para **Titular** e/ou **Dependente**(s), informe para cada item e por beneficiário as datas, tratamentos, situação atual e tudo o mais que considerar importante para a avaliação médica.

Restrições: (1) Cirúrgico - (2) Uso de leito de Alta Tecnologia - (3) Procedimentos de Alta Complexidade

Restrição	Item	Beneficiário	Descrição	Meses	CID - 10

_____ Local e data

_____ Médico(a) responsável

_____ Assinatura Beneficiário Titular