

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE (PESSOA JURÍDICA)

Nome do Titular: \_\_\_\_\_

Há possibilidade de realizar o preenchimento desta Declaração de Saúde de forma espontânea, ou se preferir, também pode ser acompanhado por médico do Centro Clínico Gaúcho. Ou ainda, por médico de sua confiança, porém, neste caso, o pagamento do profissional será de sua responsabilidade.

ITENS	RESPOSTAS DOS PROPONENTES: SIM OU NÃO	TITULAR	1º DEP.	2º DEP.	3º DEP.
1) Sofre de doença Endocrinológica como Diabetes, Hipertireoidismo ou outra?					
2) Sofre ou sofreu de Câncer /Tumor Maligno?					
3) Sofre ou sofreu de doença Ortopédica como Hérnia de Disco, Osteoporose, Artrite, Artrose ou Doença Reumática?					
4) Sofre ou sofreu de doença Neurológica, como Mal de Parkinson, doença de Alzheimer, Epilepsia, Esclerose Múltipla ou outra?					
5) Sofre ou sofreu de doenças Circulatórias/Hipertensão Arterial?					
6) Sofre de doença Pulmonar como Tuberculose, Câncer, Enfisema ou outra?					
7) Sofre ou sofreu de doença da coluna?					
8) Sofre ou sofreu de doenças vasculares como Hemorróidas, Varizes ou outra?					
9) Sofre ou sofreu de doenças renais como Cálculo Renal ou outra?					
10) Sofre ou sofreu de doenças do aparelho digestivo (esôfago, estômago, intestino) tais como Gastrite, Úlcera, Colite ou outra?					
11) Sofre ou sofreu de Hepatite, Pancreatite ou Cirrose Hepática?					
12) Sofre de alguma doença tipo Má Formação Congênita ou Hereditária?					
13) Sofre de alguma doença ou Transtorno Mental, Psiquiátrico, Depressão, Esquizofrenia, Dependência Química (álcool, drogas, etc.)?					
14) Sofre de alguma doença Ginecológica e/ou nos seios? Está em Gestação? Se estiver, de quantos meses?					
15) Sofre de doenças Profissionais e/ou Ocupacionais (L.E.R.)?					
16) Sofre ou sofreu de doenças dos Órgãos dos Sentidos, tais como Miopia, Astigmatismo, Estrabismo, problemas auditivos ou outra?					
17) Possui alguma deficiência em órgãos ou Membros? Qual?					
18) Foi submetido a alguma internação? Fale a respeito:					
19) Tem algum problema de saúde atualmente?					
20) Tem indicação de alguma cirurgia ou tratamento? Qual?					
21) Tem antecedente familiar com alguma das doenças a seguir? (especificar o grau de parentesco) Diabetes / Tuberculose / Hipertensão / Cancer / Varizes / Coração / Renal					
22) Peso:            Kg. /Altura:            /Fumante: ( ) Sim ( ) Não					
23) Há outro tratamento/procedimento que não esteja listado acima e que você já tenha realizado?    ( ) Não ( ) Sim Qual? _____					

**Se a resposta a algum item acima for positiva para qualquer um dos proponentes, esclarecer o motivo, especificando o item, o proponente e a data do evento.**

ITENS	PROPON.	DATA DO EVENTO	ESCLARECIMENTOS

### ENTREVISTA QUALIFICADA

- 1 - Declaro que fui orientado por um médico do Centro Clínico, quanto ao preenchimento desta Declaração de Saúde.
- 2 - Declaro que fui orientado pelo meu médico particular, não credenciado pelo Centro Clínico, no preenchimento da Declaração de Saúde.
- 3 - Declaro ter conhecimento de todas as perguntas da Declaração de Saúde, e que dispensei orientação médica para responder as mesmas, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas

"Declaro que as Informações prestadas por mim são verdadeiras e completas, além de ter conhecimento que a omissão do qualquer dado referente à doença ou lesão preexistente, poderá gerar cancelamento do plano de saúde, sob pena de imputação de fraudes, e a responsabilidade de pagar eventuais utilizações a que não teria direito, após processo administrativo na ANS. (Agência Nacional de Saúde)  
Assinatura do proponente: \_\_\_\_\_

"Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão do plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimento de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente as doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Agravo como qualquer acréscimo no valor da contratação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente (DLP) declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do proponente