

Aspectos Gerais

Os campos abaixo são de preenchimento obrigatório e não poderão ser rasurados.

Nome de quem utilizará o plano de saúde (completo sem abreviaturas):

Telefone/Celular de contato:

Idade:

IMC:

Peso atual:

Altura:

O índice de Massa Corporal-IMC é calculado pela seguinte fórmula: peso (quilos) ÷ altura² (metros). Exemplo: $80 \div (1,71 \times 1,71) = \text{IMC } 27,35$

Questionário de Saúde

Leia com atenção para preencher corretamente o Questionário de Saúde. Este documento é fundamental para o seu ingresso no referido plano de saúde.

Responda as questões abaixo informando: se possui alguma doença e qual doença:

01	É portador(a) de alguma doença do sangue, como anemias adquiridas (carencial, hemolítica e aplásica) ou anemias hereditárias (talassemia e falciforme) ou outra.	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
02	É portador(a) de algum distúrbio do sono, como apneia do sono, ronco ou outro?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
03	É portador(a) de alguma doença das articulações, como artrose, tendinite ou outra? Em que parte do corpo?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
04	É portador(a) de alguma doença da coluna (cervical, dorsal, lombossacra, coccígea) como artrose, hérnia de disco, lordose, cifose ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
05	Faz uso de prótese, órtese (pinos, parafusos, placas, fios, silicone) ou outros?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
06	É portador(a) de alguma doença muscular, como miastenia gravis ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
07	É portador(a) de alguma doença dos ossos, como osteoporose, sequelas de fraturas ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
08	É portador(a) de alguma doença de pele, como tumores, manchas ou outra? Especificar o local.	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____

Rubrica: _____

09	É portador(a) de alguma deficiência física, como malformação congênita ou anomalias cromossômicas?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
10	É portador(a) de alguma doença autoimune, como lúpus, artrites, poliomisite, vitiligo, esclerodermia, esclerose múltipla, vasculite ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
11	É portador(a) de alguma doença do sistema urinário, como, pedras nos rins, ureteres e uretra, insuficiência renal, infecção urinária, rim transplantado ou necessidade de transplante ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
12	É portador(a) de alguma doença genital, infertilidade, endometriose, cistos de ovários, miomas, doenças de mama, próstata, pênis, testículos ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
13	É portador(a) de alguma doença dos olhos, como miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia, catarata, estrabismo, glaucoma, lesão de córnea, pterígio, seqüela de toxoplasmose, ou tem necessidade de transplante de córnea ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
14	É portador(a) de alguma doença da boca ou das glândulas salivares, maxilares, hipertrofia de adenoide ou amígdalas, micrognatia, prognatismo, retrognatismo, fenda palatina, lábio leporino ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
15	É portador(a) de alguma doença do aparelho digestivo, como cirrose hepática, hepatite, calculos de vesícula, pancreatite, enterite, colite, gastrite, úlcera, hemorroida, esofagite, diverticulose ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
16	É portador(a) de alguma doença das glândulas endócrinas, como tireoide, paratireoide, hipófise ou suprarenal? Especificar glândula e doença?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
17	É portador(a) de Diabetes Mellitus? Especificar o tipo.	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
18	É portador(a) de algum tipo de hérnia, como inguinal, de hiato, umbilical, incisional, epigástrica ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
19	É portador(a) de alguma doença cardiovascular, hipertensão arterial, doença coronariana, úlcera de perna, trombozes, trombo flebites, flebites ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
20	É portador(a) de alguma doença do coração, valvulopatia, insuficiência cardíaca, arritmias, angina, congênitas ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____

21	É portador(a) de alguma doença do sistema respiratório (pulmão) asma, enfisema, tuberculose, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite, nódulos pulmonares, desvio de septo, sinusite ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
22	É portador(a) de alguma doença dos ouvidos e mastoídes, como surdez, otite crônica, rinite alérgica, inflamação, infecções tumores ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
23	É portador(a) de alguma doença do sistema neurológico, como mal de Parkinson, doença de Alzheimer, paralisia cerebral, atraso de desenvolvimento neuro psicomotor, esclerose múltipla, apneia do sono, massas, tumores, cistos, epilepsia, seqüela de AVC, meningite ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
24	É portador(a) de alguma doença psiquiátrica, esquizofrenia, demência ou outra?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
25	É portador(a) de alguma síndrome como de Down, Rubstein, mal formação congênita, anomalias cromossômicas ou outras?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
26	É portador(a) de vírus HIV (vírus da AIDS) ou hepatite?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
27	É portador(a) de algum tipo de câncer (neoplasia maligna), câncer de mama, próstata, pulmão, fígado, boca, estômago, intestino, útero, leucemia, linfomas, neoplasia maligna ou outra? Informar se tem câncer ou já teve?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____
28	Sofre de alguma doença não descrita nesta declaração de saúde? Explique?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL? _____ _____

Se desejar, utilize o espaço abaixo para comentários e informações adicionais sobre essas perguntas formuladas.

Marque com 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 Plano Saúde São José, 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 Plano Saúde São José considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas. 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 cancelamento do contato.

Nesse caso, serei responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação do Plano de Saúde São José alegando a presença de doença ou lesão preexistente não declarada.

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.

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.

Declaro para todos os fins que as informações acima prestadas são verdadeiras e que estou ciente dos resultados dos exames e do parecer médico, dos termos previstos no contrato e autorizo o uso e verificação de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins médicos-legais.

Nome de quem utilizará o plano de saúde (quando for menor e/ou incapaz, preencher com os dados do responsável legal).

Assinatura do Cliente

Data: ____ / ____ / ____.

PERÍCIA MÉDICA

Histórico do Cliente:

Resultado de Exames:

Entrevista:

Parecer Final

Nome de quem utilizará o plano de saúde (quando for menor e/ou incapaz, preencher com os dados do responsável legal).

Assinatura e Carimbo com CRM do Médico Perito

Assinatura do Cliente

Data: ____ / ____ / ____.

Data: ____ / ____ / ____.



Rua Marechal Deodoro, 382 • Centro

Fone: (48) 3433.3338 • CEP: 88801-110 • Criciúma • SC

 plano@ssjose.com.br  www.ssjose.com.br

 [/planosaojose](https://www.facebook.com/planosaojose)  [/planosaudesaojose](https://www.instagram.com/planosaudesaojose)