Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda
Registro ANS: 34692-6

DECLARACÃO DE SAÚDE

Esta Declaração é parte integrante do contrato do Plano de Saúde _____ e tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, que são aquelas de que o beneficiário tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

Existindo doenças ou lesões preexistentes, o beneficiário poderá optar por uma das alternativas abaixo:
a) Cobertura Parcial Temporária - Conforme o contrato, é o período de 24 (vinte e quatro) meses subsequente ao início da vigência do contrato, durante o qual o beneficiário portador de doenças ou lesões preexistentes não terá cobertura para eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade (conforme definidos pela ANS) e internação em leitos de alta tecnologia relacionados às doenças e lesões preexistentes.

b) Agravo - Acréscimo à mensalidade que faculta ao beneficiário a cobertura total à doença ou lesão preexistente, depois de cumpridos os prazos de carência contratuais.

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o beneficiário e/ou seu dependente saiba ser portador no momento do preenchimento dessa Declaração pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, fica o titular responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida.

Nome do Titular: _____ **CPF:** _____

Beneficiário / Usuário: _____ **CPF:** _____

Data Nascimento: _____ **Peso:** _____ **Altura:** _____

CPT			
Item	**O proponente ou responsável deve preencher com caneta estereográfica preta ou azul as lacunas com S (sim) ou N (não)**	**Sim**	**Não**
1	Teve ou tem alguma doença dermatológica, como vitiligo, psoríase, nevos ou pintas de beleza, cicatriz , alopecia, ou perda de cabelo, micoses, melanoma ou outra?		
2	Teve ou tem alguma doença alérgica, como dermatite, eczema, rinite, asma, urticária ou outra?		
3	Teve ou tem alguma doença hematológica, como hemofilia, trombóticos, policitemia, anemia, trombocitopenia ou outra?		
4	Teve ou tem de alguma doença reumatológica, como osteoporose, artrose, reumatismo, lúpus, artrite reumatoíde, esclerodermia, dermatomiosite, espondilite anquilosante, doença do Chron ou outra?		
5	Teve ou tem alguma doença neurológica, como enxaqueca, paralisia facial, retardo de desenvolvimento psicomotor, acidente vascular encefálico, isquêmico ou hemorrágico, aneurisma cerebral, paralisias, mal de Parkinson, epilepsia, neurite diabética, Alzheimer, cisticercose, demência, traumatismo craniano ou sequelas diversas?		
6	Teve ou tem alguma doença oftalmológica, como estrabismo, miopia, astigmatismo, catarata, hipermetropia, glaucoma, ou aumento da pressão do olho, queda de pálpebra, obstrução do canal lacrimal, olho vermelho, pterígio, calázio, deslocamento de retina, inflamação do nervo ocular ou outra?		
7	Teve ou tem desvio de septo, rinite, amigdalite de repetição, adenoíde, rinoescoliose ou nariz torto, sinusite de repetição, pólipo de laringe ou cordas vocais, nódulo de laringe ou cordas vocais ou outra?		
8	Teve ou tem alguma doença endocrinológica, como hipertireoidismo, hipotireodismo, cisto ou nódulo de tireoide, bócio, tireoide ou outras doenças graves?		
9	Teve ou tem alguma doença respiratória, como bronquite, asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC, enfisema, ronco, apneia do sono ou outra?		
10	Teve ou tem alguma doença cardiovascular, como infarto do miocárdio, angina do peito, insuficiência coronariana, hipertensão arterial ou pressão alta, aneurisma da aorta, arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca, Doença de chagas ou colesterol elevado, insuficiência arterial de membros, insuficiência de carótidas ou outra?		
11	Já realizou procedimentos, tais como: cateterismo, angioplastia ou outros?		
12	Teve ou tem alguma doença do aparelho digestivo, como refluxo gastresofágico, úlcera de estomago, úlcera de duodeno, pedra na vesícula, diarreia crônica, hemorroidas, gastrite, colite, hemorragia digestiva, ascite, estenose de esôfago ou outra?		
13	Teve ou tem alguma doença urológica, como fimose, parafimose, estenose de uretra, pedras ou cálculos no rim ou outra localização, malformação peniana, fibrose de pênis, uretra com abertura anormal, testículo fora do lugar, ausência de testículo, rim único, insuficiência renal aguda ou crônica, hiperplasia ou aumento benigno da próstata, perda de urina, incontinência urinária, impotência sexual, nefrite, síndrome nefrótica ou outra?		
14	Já fez ou faz hemodiálise ou outro tipo de dialise?		
15	Teve ou tem alguma doença ginecológica, como endometriose, ovários policísticos, miomas do útero, sangramento excessivo, incontinência urinária, bexiga ou intestino fora da posição normal, fibroadenoma da mama, alteração funcional benigna da mama, displasia mamária, mamilo umbilicado ou invertido, mastite, eczema da mama, pólipo uterino, aderência das trompas, cistos do ovário, malformação uterina, agenesia de vagina ou outra?		
16	Já sofreu aborto ?		

17	Teve ou tem alguma hérnia, como diafragmática, umbilical, inguinal, inguino escrotal, incisional, de hiato ou outra?		
18	Teve ou tem alguma doença vascular como varize de esôfago, varizes de membros inferiores, sindrome pós trombótica, flebite ou sindrome de Raynaud ou outra?		
19	Teve ou tem alguma doença ortopédica, como pseudoartrose, lesão de menisco, fratura viciosamente consolidada, tumor ósseo benigno, joanete, esporão de calcâneo, lesão do manguito rotador do ombro, síndrome do túnel do carpo, escoliose, cifose, hérnia de disco, lombociatalgia, cervicobranquialgia ou outra?		
20	É ou já foi portador de prótese/órtese/materiais diversos, tais como: parafusos, placas, stents, válvulas ou outras?		
21	Realizou exames de imagem nos últimos 12 meses? Se sim, especificar qual?		
22	Sofreu alguma doença infecciosa, como tuberculose, malária, dengue, sífilis , HPV (papiloma vírus), AIDS, candidíase de repetição, sarcoma de Kapposi, toxoplasmose, citomegalovirose ou outra?		
23	Tem ou teve alguma hepatite, como hepatite viral aguda ou crônica, virose do fígado, portador do vírus da hepatite ou outra?		
24	Já foi submetido a alguma cirurgia?		
25	Recebeu transfusão de Sangue?		
26	Possui tatuagem?		
27	Sofreu ou sofre de obesidade mórbida ou magreza excessiva?		
28	Teve ou tem alguma doença como ansiedade , neurose, psicose, esquizofrenia, depressão, síndrome do pânico, anorexia nervosa , bulimia, autismo, dependência de bebidas alcoólicas, dependência de drogas ilícitas e licitas ou outras? Esteve ou está em acompanhamento psiquiátrico? Especificar.		
29	Teve ou tem algum tipo de câncer, como de cabeça e pescoço, do sistema nervoso central ou periférico, da hipófise, da tireoide, meduloblastoma, da mama, do pulmão, do mediastino, do esôfago, do colo do útero, do endométrio, do ovário, do testículo, do rim, do ureter, da adrenal ou supra renal, da próstata, da bexiga, do ânus, do reto, da pele, linfoma de Hodgkin(supra diafragmático), linfoma de Hodgkin (infradiafragmático), leucemia de partes moles, dos ossos, linfoma não Hodgkin(supra diafragmático), linfoma não Hodgkin (infradiafragmático), do estômago, do duodeno, do cólon, do intestino delgado, do intestino grosso, da vesícula, das vias biliares, do fígado, do pâncreas, melanoma, da garganta, das cordas vocais, de boca, de lábio, de nariz, de ouvidos, dos olhos, dos músculos, de língua, dos brônquios, laringe, anemia plástica, metástase óssea, metástase ganglionares, metástases nos linfonodos, metástases cerebrais, metástases hepáticas, da vagina, da vulva, do pênis ou outro?		
30	Teve ou tem alguma doença congênita, como malformação cardíaca, malformação crânio - encefálica, onfalocele, microcefalia, hidrocefalia, sindactilia, polidactilia, mama extranumerária, refluxo gastresofágico, cegueira, surdez, mudez, prematuridade, doença hemolica peri-natal, fibrose cística do pâncreas? Síndromes? de Down de Edwards, de Patua, de rubéola congênita, tuner, Klinefelter ou outra?		
31	Tem ou teve alguma doença não identificada nas questões anteriores? Em caso afirmativo especificar.		

Em caso de resposta afirmativa (sim) para qualquer doas itens acima, informar os dados considerados importantes para análise médica, respondendo os quesitos: Qual? Quando? Onde? Conforme o caso

Item	Data do Evento	Esclarecimento/ Especificações

Cobertura Parcial Temporário - CPT : os membros beneficiários não terão direito aos eventos cirúrgicos e procedimentos de alta complexidade, definidos pela Agência Nacional e Saúde Suplementar - ANS, ou internações em unidade de tratamento intensivo, assim considerados aquelas que apresentem as características definidas na Portaria GM n°3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde, relacionados à doença ou lesão declarada , por um período máximo de 24 (vinte quatro) meses a partir da data da contratação ou adesão ao plano de assistência à saúde.

Agravo: é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência á saúde, para que o beneficiário tenha direito integral a 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. Contudo, conforme faculta o artigo 6°, parágrafo 1° da Resolução Normativa n°162, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ASSEFAZ não oferece agravo a seus beneficiários, disponibilizando a seus Membros Beneficiários exclusivamente a Cobertura Parcial Temporária (CPT).

Restando identificado pela ASSEFAZ a existência de doença ou lesão anterior à assinatura do contrato, não declarada pelo CONTRATANTE, caracterizando omissão de informação, esta será comunicada àquele, dando -lhe a oportunidade de manifestar-se acerca da mesma, respeitando o disposto no parágrafo 3° do art. 7° da Resolução CONSU n°. Ocorrendo manifestações contrária do CONTATANTE, os procedimentos requeridos em seu favor, de seus dependentes ou do beneficiário sob sua responsabilidade, serão autorizados, sendo encaminhada toda a documentação pertinente

para julgamento da Agência Nacional de Saúde - ANS, cumprindo o que dispõe o 4°. Até decisão da ANS, não haverá suspensão do contrato nem do atendimento por este motivo.

A decisão da ANS, julgando PROCEDENTE a omissão de informação identificada, pela ASSEFAZ pode acarretar a suspensão da cobertura e/ou a cancelamento do contrato. Nestes casos, o CONTRATANTE será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com tratamento da doença ou da lesão preexistente não declarada.

A decisão da ANS, julgando PROCEDENTE a omissão de informação identificada, pela ASSEFAZ pode acarretar a suspensão da cobertura e/ou a cancelamento do contrato. Nestes casos, o CONTRATANTE será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com tratamento da doença ou da lesão preexistente não declarada.

Para preenchimento desta declaração, o CONTRATANTE tem opção de ser orientado, sem por um médico pela operadora.

Informações adicionais que o contratante/beneficiário titular julgar importantes, com relação às questões formuladas

Na qualidade de contratante e responsável pela Proposta de Admissão acima identificada, assumo integralmente a responsabilidade, em meu nome e dos beneficiários inscritos na referida proposta, pelas informações e opções aqui prestadas, as quais coincidem com a via original em poder declaro - me ciente e de acordo com todas as informações constantes neste documento. Tenho conhecimento de que a omissão de informação, bem como preenchimento incorreto deste documento, caracterizará fraude, nos moldes do Art.299 do código Penal, o qual dispõe que Omitir, em documento público ou particular declaração que dele devia constar ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante . Penas: reclusão de um a cinco anos, e multa, se o documento é publico , e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular , tornando o contrato passível de suspensão de cobertura ou denuncia, em conformidade com a Lei n° 9.656/98 e regulamentações respectivas.

_____ ___/___/___ _____

Local Data Assinatura do contratante/responsável

_____ ___/___/___ _____

Local Data Assinatura ASSEFAZ