

Esta declaração é parte integrante do Contrato que ora se assina, válido para todos os usuários indicados na PROPOSTA DE ADESÃO. Estou ciente da minha obrigação de informar nesta oportunidade, em meu nome e dos meus dependentes, se portador ou não de lesões ou d pré-existentes, sob pena de imputação de fraude. Declaro que a UNIMED colocou a minha disposição, profissionais médicos para orientação qu: preenchimento desta declaração.

01. DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Item	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para as respostas afirmativas e (N) para negativas.	Titular	Dependentes						
			1	2	3	4	5	6	
01	Sofre(u) de alguma doença infecto-contagiosa (AIDS, Hepatite, Chagas, Tuberculose, Meningite, outros)? Especifique..								
02	Sofre(u) de doenças respiratória (Efisema, Asma, Bronquite, Pneumonia, Outros)? Especifique.								
03	Sofre(u) de problemas ortopédicos (Escoliose, Cifose, Artrose, Fraturas, Hérnia de Disco) ou outro distúrbio ósseo ou de membros? Especifique.								
04	Sofre(u) de doenças neurológica (Derrame Cerebral ou outros)? Especifique.								
05	Sofre(u) de Diabetes?								
06	Sofre(u) de Cancer (Tumoração ou leucemia)? Especifique.								
07	Sofre(u) de hérnia de qualquer natureza? Especifique.								
08	Sofre(u) de doenças cardíaca, vascular ou hipertensão arterial? Especifique.								
09	Sofre(u) de alguma doença do aparelho urinário (rins, bexiga, próstata, ureta)? Especifique.								
10	Sofre(u) de algum distúrbio psiquiátrico, psicológico ou retardo físico/mental? Especifique.								
11	Sofre(u) de doenças ginecológicas (Cisto de ovário, endometriose, mioma, incontinência urinária, tumor de mama)? Especifique.								
12	Sofre(u) de alguma doença reumatológica (Reumatismo, Artrite, outros)? Especifique.								
13	Sofre(u) de sequela de acidente, moléstia adquirida ou congênita? Especifique.								
14	Sofre(u) de Úlcera ou outras doenças do aparelho digestivo (fígado, vesícula biliar, intestinos, etc...)? Especifique.								
15	Tem indicação de submeter-se a alguma intervenção cirúrgica? Especifique.								
16	Tem qualquer deficiência visual (Catarata, Glaucoma, Miopia, outros) ou auditiva? Especifique.								
17	Faz (fez) uso de tratamento diferenciado: quimioterapia, corticoideterapia, radioterapia, fisioterapia, insulinoterapia ou hemodialise.								

02. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

18	Sofre(u) de alguma doença não relacionada acima que o tenha obrigado a interna-se ou submeter-se a algum tipo de exame ou tratamento? Especifique.								
19	Faz uso habitual de algum medicamento? Especifique.								
20	É fumante?								
21	Faz (fez) uso de marca-passo ou prótese cardíaca/ortopédica?								
22	Sofre(u) de alcoolismo?								
23	É portador de abdômem em pêndulo, mama gigante e/ou alguma deformidade física? Especifique.								
24	Sofre(u) de alguma doença não relacionada acima? Especifique.								

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos, especificar o item, proponente, motivo e data do evento.

ITEM	PROPONENTE	DATA DO EVENTO	ESPECIFICAÇÕES

Declaro para os devidos fins e efeitos que as informações de saúde relativas a mim e a meus dependentes foram espontaneamente feitas, estando ciente q termos da Lei Nº 9656/98 a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das carências/agravs, poderá ser considerada comportamento fraudulento, implicando na minha responsabilidade pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médica hospitalar, e fins previstas na Lei. Com base nas respostas afirmativas da presente declaração de saúde, caracterizando assim lesão ou doença pré-existente, ficam estabelecidas as cobr parciais temporárias ou agravos estabelecidos na Proposta de Adesão.