

Nome do titular: _____

Matrícula: _____

A Declaração de Saúde (DS) tem por objetivo registrar a ocorrência de doenças e lesões preexistentes (DLP), assim entendidas aquelas que o beneficiário saiba ser portador no momento da adesão ao plano, com relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes. Havendo doença preexistente, a SaúdeBRB oferece a Cobertura Parcial Temporária (CPT), que consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 meses, da cobertura para procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas.

A omissão de informações quanto à existência de doenças ou lesões preexistentes da qual o beneficiário saiba ser portador no momento da adesão poderá acarretar, se comprovada pela ANS, a rescisão contratual e a responsabilização do beneficiário por todas as despesas havidas com os procedimentos que seriam objeto de CPT.

Informe se é portador ou se já sofreu de alguma das condições abaixo listadas. Em caso positivo, especifique no campo próprio, informando data do diagnóstico, tratamentos realizados, condição atual e tudo o mais que julgar importante.

Item	Descrição	Tit	Dependentes				
			1	2	3	4	5
1	Doenças cardíacas (angina, pressão alta, arritmia, infarto etc.). Já sofreu cirurgia cardíaca? É portador de stent?						
2	Doenças das veias ou artérias (varizes, trombose, hemorroidas, aneurisma etc.).						
3	Doenças endócrinas ou metabólicas (diabetes, doenças da tireoide, doenças da hipófise etc.).						
4	Obesidade grave ou mórbida. Já se submeteu a cirurgia bariátrica?						
5	Doenças do sistema nervoso (aneurisma, derrame, Alzheimer, Parkinson, epilepsia etc.).						
6	Doenças respiratórias (asma, bronquite, pneumonia, fibrose cística, enfisema etc.).						
7	Doenças do ouvido, nariz e garganta (amigdalite, sinusite, desvio do septo nasal, surdez ou perda auditiva etc.).						
8	Doenças digestivas (pedra na vesícula, cirrose, gastrite, doenças intestinais, pancreatite, Crohn, fístula, colostomia etc.).						
9	Hérnias de qualquer tipo (inguinal, umbilical, incisional, de hiato, de disco etc.).						
10	Doenças urinárias ou prostáticas (pedra nos rins, nefrite, incontinência urinária, aumento da próstata etc.).						
11	Doenças dos órgãos masculinos (fimose, balanopostite, hidrocele, criptorquidia, impotência etc.).						
12	Doenças ginecológicas (cisto de ovário, mioma, endometriose, nódulo de mama etc.).						
13	Está grávida (se positivo, especificar o tempo). Já apresentou abortos ou complicações da gestação ou do parto?						
14	Doenças do sangue ou da imunidade (anemia crônica, talassemia, hemofilia, púrpura etc.). É HIV positivo?						
15	Doenças ortopédicas (fratura, artrose, desvio de coluna, hérnia discal, lesão de ligamento ou menisco, lesão de tendão, túnel do carpo etc.).						
16	Doenças reumáticas (artrite, febre reumática, lúpus, esclerose múltipla etc.).						

17	Tumores (câncer de todo tipo, mieloma múltiplo, melanoma, leucemia, linfoma, tumorações com diagnóstico ainda não esclarecido etc.).						
18	Doenças de pele (psoríase, dermatite, vitiligo etc.).						
19	Doenças infectocontagiosas (hepatite, tuberculose etc.).						
20	Doenças dos olhos (miopia, hipermetropia, catarata, doença da retina, ceratocone, glaucoma etc.). Usa óculos ou lentes? Especifique o grau.						
21	Doenças psiquiátricas (psicose, depressão, esquizofrenia, alcoolismo, uso de drogas etc.). Já esteve internado em hospital psiquiátrico?						
22	Realiza ou já realizou hemodiálise, quimioterapia ou radioterapia?						
23	Já se submeteu a transplante de órgãos ou é portador de próteses (marcapasso, stent, placas e parafusos, prótese de articulação etc.).						
24	Já esteve internado ou foi submetido a alguma cirurgia? Tem previsão de submeter-se a internação ou cirurgia nos próximos meses?						
25	É ou foi portador de alguma doença não relacionada acima?						

Informe:	Titular	Dep 1	Dep 2	Dep 3	Dep 4	Dep 5
Peso						
Altura						

Caso tenha marcado positivamente qualquer das questões acima, especifique e complemente com as informações pertinentes no quadro abaixo.

Item	Proponente	Informações adicionais

Declaro que preenchi a presente Declaração de Saúde mediante orientação de médico indicado pela SaúdeBRB, sem ônus.

Declaro que me foi oferecida a opção acima e eu livremente optei por preencher a presente Declaração de Saúde mediante orientação de médico de minha escolha.

Declaro que me foram oferecidas as opções acima e eu, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, dispensei orientação médica para responde-la, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

Médico orientador: _____

CRM: _____

Ass: _____

Declaro, para todos os efeitos legais, que li e entendi este documento e que nada omito sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, tendo prestado informações completas e verídicas. Autorizo também que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas prestem aos médicos da SaúdeBRB informações sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, bem como as moléstias das quais tenhamos porventura sofrido e o resultado de exames, isentando-os desde já de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

Brasília, ____/____/____

Ass: _____