

**DCS - Declaração de Condições de Saúde**

Estou ciente da minha obrigação de informar nesta oportunidade, ser, eu ou algum dos meus dependentes indicados, portador(es) de doenças ou lesões Preexistentes sob pena de imputação de fraude. Declaro ainda, que a SÃO MIGUEL SAÚDE colocou a minha disposição profissionais médicos, para auxiliar-me no preenchimento.

**Declaração de Condições de Saúde dos Beneficiários**

Item	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para respostas afirmativas e (N) para negativas.	Beneficiários				
		(T)itular	01	02	03	04
01	Se do sexo feminino está grávida?					
02	Está ou esteve internado? Qual hospital? E por qual doença?					
03	Possui alguma lesão ou doença atual que ainda requer tratamento? Descreva-as					
04	É obeso? (informe o peso e a altura do titular e seus dependentes)	Titular	Dependente 01	Dependente 02	Dependente 03	Dependente 04
		Peso				
		Altura				
05	Tem indicação cirúrgica para miopia / hipermetropia?					
06	Sofre(u) de doenças infectocontagiosas (AIDS, hepatite, chagas, tuberculose, meningite ou outras)? Especifique.					
07	Sofre(u) de doenças respiratórias (asma, alergia, bronquite, enfisema, pneumonia, covid-19 ou outras)? Especifique.					
08	Sofre(u) de problemas ortopédicos ou articulares (artrose, cifose, fraturas, hérnias de disco, osteoporose) ou outro distúrbio ósseo ou de membros? Especifique.					
09	Sofre(u) de doenças neurológicas (derrame cerebral, dor de cabeça contínua, epilepsia, cefaleia ou outras)? Especifique.					
10	Sofre(u) de doenças do metabolismo e endócrinas (diabetes, tireoide, obesidade ou outras)? Especifique.					
11	Sofre(u) de câncer (tumorção ou leucemia)? Especifique.					
12	Sofre(u) de hérnia de qualquer natureza? Especifique.					
13	Sofre(u) de doenças cardíacas (infarto, arritmia, dor no peito), cardiovasculares (varizes) ou hipertensão arterial? Especifique.					
14	Sofre(u) de doenças do aparelho urinário (rins, bexiga, próstata, uretra, infecções urinárias, cálculo renal ou outros)? Especifique.					
15	Sofre(u) de algum distúrbio psiquiátrico? Especifique.					
16	Necessita(ou) de acompanhamento de terapias (Ex.: psicólogos, fonoaudiólogos, terapia ocupacional, entre outros)? Especifique.					
17	Sofre(u) de doenças ginecológicas (cisto de ovário, endometriose, mioma, incontinência urinária, tumor de mama, sangramentos persistentes ou outras)? Especifique					
18	Sofre(u) de algum distúrbio reumatológico (reumatismo, artrite ou outros)? Especifique.					
19	Sofre(u) de sequelas de acidentes, moléstia adquirida ou congênita? Especifique.					
20	Sofre(u) de doenças do aparelho digestivo (cirrose, cálculo na vesícula, diverticulite, gastrite, úlcera ou outras)? Especifique.					
21	Tem qualquer deficiência visual (astigmatismo, catarata, glaucoma, hipermetropia, miopia ou outras)? Especifique.					
22	Sofre(u) tratamento de quimioterapia ou radioterapia?					
23	Sofre(u) de doenças ou lesões na cabeça, nos ouvidos, no nariz e na garganta (amigdalites, desvio de septo nasal, diminuição da audição, sinusite, mastóidite, otite, labirintite, renite, adenoides ou outras)? Especifique.					
24	Sofre(u) de alguma doença não relacionada acima que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de exame ou tratamento? Especifique.					
25	Tem alguma doença de genética ou anomalia (Síndrome de Down, Anemia falciforme, Autismo ou outras)? Especifique					
26	Sofre(u) alguma cirurgia ortopédica? Especifique					

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE CPT**

Tenho ciência que a partir da data da contratação ou adesão ao plano de assistência a saúde, poderei ter suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, qualquer possível intervenção cirúrgica e acompanhamento clínico que tenha relação com as patologias que tenha conhecimento previamente a assinatura desse contrato pelo período de 24 meses

**Declaração do Proponente**

Declaro, para todos os efeitos legais, ter conhecimento que as informações registradas nesta Declaração de Condições de Saúde são parte integrante do contrato do Plano de Assistência à Saúde SÃO MIGUEL SAÚDE; que as mesmas foram prestadas livre e espontaneamente, sendo verdadeiras e completas, pelas quais assumo total responsabilidade, seja no que diz respeito ao meu estado de saúde, dos meus beneficiários dependentes que represento neste Contrato.

Loca e Data:

Assinatura do Titular / Contratante / Responsável Legal (caso o titular seja menor de 18 anos)

Assinatura do Corretor:

NUMERO DO CONTRATO  

**DCS - Declaração de Condições de Saúde**

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

Item	Beneficiário	Data do Evento	Descrição da doença e/ou Ocorrência

**Identificação do Médico Orientador na Entrevista Qualificada**

<input type="checkbox"/> Contratação com entrevista médica qualificada			
Nome Dr(a).		Assinatura	
CRM	Telefone	Carimbo	Data da entrevista
<input type="checkbox"/> Contratação <b>sem</b> entrevista médica qualificada, tendo o usuário dispensado a mesma por ter entendido todas as questões respondidas acima e ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE POR TAIS RESPOSTAS			
<input type="checkbox"/> Declaro que fui orientado por médico particular de minha confiança no preenchimento desta Declaração de Saúde			
Loca e Data:  _____, _____ de _____ de _____		Assinatura do Titular / Contratante / Responsável Legal (caso o titular seja menor de 18 anos)  Assinatura do Corretor:	

V. 03/2021