

Checklist para preenchimento da Declaração de Saúde

Prezado (a) Senhor (a), a declaração de saúde deve ser preenchida de próprio punho. Responder as questões de 01 a 27, caso alguma das respostas seja SIM, especificar o nome e localização da doença e desde quando é portador.

1. Carta de Orientação ao Beneficiário (CARTA ANS):

Página 1:

- Rubricar.

Página 2:

- No campo assinatura do beneficiário, preencher: Local e data do preenchimento, nome completo (sem abreviatura), informar o CPF e assinar.
- O campo "Intermediário" não deve ser preenchido pelo cliente, é de responsabilidade do consultor de vendas.



2. Declaração de Saúde (DS):

Página 3:

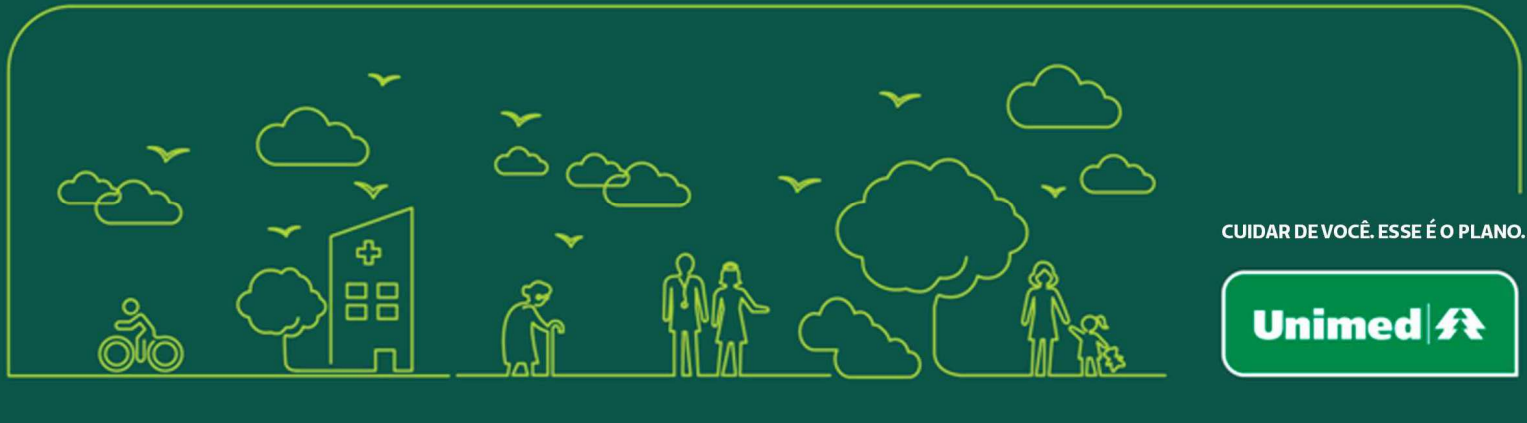
- Identificação: Preencher nome completo (sem abreviatura) data de nascimento e o grau de parentesco.
- Rubricar.

Página 4:

- Rubricar.

Página 5:

- Aspectos Gerais: Preencher a Idade, o peso e altura;
- Responder as questões de 2 a 11 assinalando **SIM** ou **NÃO**. Se for respondido **SIM**, deverá especificar com nome da Doença e/ou da Lesão Preexistente (DLP), informando a localização no corpo e desde quando sabe ser portador.
- Rubricar.



CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.

Unimed 

Páginas 6:

- Responder as questões de 12 a 19 assinalando **SIM** ou **NÃO**. Se for respondido **SIM**, deverá especificar com nome da Doença e/ou Lesão Preexistente (DLP), informando a localização no corpo e desde quando sabe ser portador.
- Rubricar.

Página 7:

- Responder as questões de 20 a 27 assinalando **SIM** ou **NÃO**. Se for respondido **SIM**, deverá especificar com nome da Doença e/ou Lesão Preexistente (DLP) informando a localização no corpo e desde quando sabe ser portador.
- Rubricar.

Página 8:

- Assinalar **X** em uma das opções - se necessita ou não de auxílio médico para preenchimento da Declaração de Saúde. Se assinalar por ser orientado, deverá entrar em contato com a Unimed Grande Florianópolis pelo telefone 48- 3216-8513 ou 3216-8130. **OU**
- Se achar que não necessita de auxílio assinalar a opção *“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".

- No campo assinatura do beneficiário preencher: Nome completo (sem abreviatura), informar o CPF, a data do preenchimento e assinar.

Página 9 e 10:

- Não preencher. Uso exclusivo da UGF.

3. Termo de formalização da Cobertura Parcial Temporária (CPT):

Para os clientes que declararem alguma Doença ou Lesão Preexistente (DLP);

- Campos dos itens 02 e 03: CID e Período são preenchidos pela UGF;
- Campo Assinatura do beneficiário: Nome completo (sem abreviatura), informar o CPF , data do preenchimento e assinar;

Orientações:

- A Declaração de Saúde deverá ser, obrigatoriamente, preenchida de próprio punho pelo titular ou dependente quando maiores de idade. Para os menores ou legalmente incapazes a responsabilidade do



preenchimento é do responsável legal, informando os dados do beneficiado.

- Os formulários não poderão ser rasurados e/ou conter uso de corretivo nas informações preenchidas pelo beneficiário. Caso seja identificado rasura, conforme exemplos acima, será solicitado novo preenchimento para dar continuidade ao processo e inclusão.
- Todas as páginas deverão ser rubricadas frente e verso, exceto aquelas que possuem campos de assinatura do beneficiário.
- Se for portador de DLP (Doença e/ou Lesão Preexistente) citar a localização da doença/patologia, por exemplo:
 - ✓ Tendinite no punho direito;
 - ✓ Artrose no joelho esquerdo;
 - ✓ Prótese de silicone nas mamas;
 - ✓ Pinos e parafusos no cotovelo esquerdo, devido à fratura;
 - ✓ Fios no LCA devido a rompimento ligamentar;
 - ✓ Ancora no ombro devido a rompimento do tendão;