

ENTREVISTA QUALIFICADA

| | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------|-------------------|
| Tipo de contrato: | | N.º da Proposta: | | |
| Titular: | | Peso: | Altura: | |
| Cód. | Beneficiários (dependentes) | Peso | Altura | Parentesco |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |

OPÇÃO DE ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Quanto à orientação médica para o preenchimento desta Declaração de Saúde, declaro que optei:

Ser orientado (a) por médico (a) designado pela Unimed Palmas.

Dr. (a.) _____ CRM/TO _____

Ser orientado (a) por médico (a) da minha escolha.

Dr. (a.) _____ CRM/TO _____

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.

DECLARAÇÃO

Declaro que as informações nesta entrevista qualificada são a expressão da verdade, podendo a Unimed Palmas considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas. Declaro, ainda, que estou ciente de que a omissão de informações sobre a existência de **Doenças ou Lesões Preexistentes** das quais saiba ser portador(a) no momento do preenchimento desta Declaração de Saúde, desde que tal omissão seja comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou cancelamento do contrato. Neste caso, serei responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o Tratamento ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da Unimed Palmas Cooperativa de Trabalho Médico alegando a existência de Doença ou Lesão preexistente não declarada.

Declaro para todos os fins que as informações acima prestadas neste documento são verdadeiras e autorizo o uso e verificação ética de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins legais, conforme preconiza a legislação brasileira.

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Nome: _____

CPF: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Dependente ou Responsável Legal

Nome: _____

CPF: _____

Data: ____ / ____ / ____

ENTREVISTA QUALIFICADA

Médico Orientador da Declaração de Saúde

Declaro que orientei o (a) Sr(a). _____
no preenchimento da Declaração de Saúde.

Assinatura e Carimbo do Médico Orientador

Data: ____/____/____

PARECER DO MÉDICO AVALIADOR

- Sem DLP.
- Sem DLP, com necessidade de Perícia Médica.
- Com DLP e com necessidade de Perícia Médica.
- Com DLP e sem necessidade de Perícia Médica.

Informar o CID e/ou código dos procedimentos da (s) DLP(s) e outras observações:

Assinatura e carimbo do Médico Avaliador

Data: ____ / ____ / ____



ENTREVISTA QUALIFICADA

Para as respostas positivas, faça o esclarecimento na folha 3 (três).

| Questionário a ser respondido pelo proponente contratante, de próprio punho, por si e seu (s) dependentes e/ou agregado (s). | TITULAR | Resposta “(S) sim” ou “(N) Não” | | | | | |
|---|----------|------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | | T | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ITENS | T | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 01) Já teve algum plano de saúde? Qual plano? Por quanto tempo? | | | | | | | |
| 02) Encontra-se atualmente com algum problema de saúde para o qual está fazendo algum tipo de investigação ou Tratamento médico? Qual? Há quanto tempo? Tratamento? | | | | | | | |
| 03) Sofre ou sofreu de alguma doença que o tenha obrigado a hospitalizar-se para Tratamento clínico e/ou cirúrgico? Qual? E quando? | | | | | | | |
| 04) Sofre ou sofreu de alguma doença crônica ou é portador de alguma má formação congênita de nascimento, tais como: Sínd. de Down, Paralisia Cerebral, outras? Qual(is)? Há quanto tempo tem conhecimento desta doença? | | | | | | | |
| 05) Possui alguma deficiência ou incapacidade física ou mental? Foi provocada por Doença ou Acidente? | | | | | | | |
| 06) Tem ou teve alguma doença relacionada ao trabalho (LER, DORT, Pneumoconiose, outra(s)? Qual(is)? Há quanto tempo? Qual foi o Tratamento? | | | | | | | |
| 07) Está afastado ou já esteve afastado das atividades laborais (para o trabalho) por motivo de doença? Qual doença? Há quanto tempo? Por quanto tempo? | | | | | | | |
| 08) Está aposentado? Por motivo de doença? Qual? Há quanto tempo? | | | | | | | |
| 09) Sofre ou sofreu de algum tipo de câncer? Especifique. | | | | | | | |
| 10) Já se submeteu a algum Tratamento de quimioterapia ou radioterapia? Qual(is)? Há quanto tempo? Cite o Tratamento? | | | | | | | |
| 11) Sofre ou sofreu de doenças de pele (manchas, verrugas, nevus, melanoma, alergias, dermatites, eczema, urticaria, vitiligo, nevus “pintas de beleza”, cicatrizes, alopecia “queda de cabelo”, micoses, melanoma ou outras)? Cite qual(is) e há quanto tempo? Tratamento?? | | | | | | | |
| 12) Sofre de hiperidrose (excesso de suor nas mãos, axilas, rosto ou outros locais)? Qual(is) local(is)? Há quanto tempo? Tratamento? | | | | | | | |
| 13) Sofre ou sofreu de doenças do sangue, tais como: anemia, leucemia, hemofilia, outras. Qual(is)? Há quanto tempo? Tratamento? | | | | | | | |
| 14) Já se submeteu a alguma transfusão de sangue ou diálise? Quando? Motivo? | | | | | | | |
| 15) É transplantado ou tem indicação de submeter-se a algum tipo de transplante? Especifique: | | | | | | | |
| 16) Sofre ou sofreu de alguma doença neurológica tais com: enxaqueca, desmaio, convulsão, paralisia cerebral, retardo de desenvolvimento psicomotor, acidente vascular cerebral, aneurisma cerebral, paralisias, Mal de Parkinson, esclerose múltipla, epilepsia, neuropatia diabética, Alzheimer, Transtorno do espectro autista, cisticercose, demência, traumatismo craniano ou sequelas? Qual(is) e há quanto tempo? Tratamento(s)? | | | | | | | |
| 17) Sofre ou sofreu de alguma doença psiquiátrica, tais como: ansiedade, anorexia, bulimia, psicoses ou neuroses, depressão, esquizofrenia, Sínd. do pânico, demência, outras? Qual(is)? Há quanto tempo? Esteve ou está em acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico? Especifique o Tratamento. | | | | | | | |
| 18) Faz ou fez Tratamento psiquiátrico em regime de internação? Já se submeteu a Tratamento psiquiátrico/psicológico para alcoolismo e/ou dependência química (drogas)? Qual(is)? Quando? Por quanto tempo? | | | | | | | |
| 19) Sofre ou sofreu de alguma doença do nariz, face, cavidade oral e garganta: desvio de septo, rinite, amigdalite de repetição, adenóide, rinoscoliose (nariz torto), sinusite(s), pólipos de laringe ou das cordas vocais, nódulos de laringe ou cordas vocais ou outra? Qual(is)? Há quanto tempo? Tratamento(s)? | | | | | | | |

ENTREVISTA QUALIFICADA

| ITENS | T | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20) Sofre ou sofreu alguma doença do ouvido, tais como: surdez, otites, labirintite, outras. Qual(is)? Há quanto tempo? Tratamento? | | | | | | | |
| 21) Sofre de distúrbio do sono ou apneia? Faz Tratamento? Qual(is)? | | | | | | | |
| 22) Sofre ou sofreu de alguma patologia bucomaxilofacial, tais como: lesão de ATM, micro ou macrognatia, abscesso dentário, outros. Qual(is)? Há quanto tempo? Tratamento? | | | | | | | |
| 23) Sofre ou sofreu de alguma doença visual? Em qual grau? ou alguma outra doença relacionada à saúde dos olhos, tais como: estrabismo (olho torto), catarata, cegueira, glaucoma (aumento de pressão no olho), ceratocone, queda de pálpebra, obstrução do canal lacrimal, pterígio (carne sobre o olho, calásio (cisto da pálpebra), descolamento de retina, inflamação do nervo ocular, ou outra? Qual(is)? Há quanto tempo? Tratamento? Faz uso de lente corretiva? | | | | | | | |
| 24) Sofre ou sofreu de alguma doença do coração como: infarto, angina de peito, insuficiência coronária, hipertensão arterial (pressão alta), arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca, doença de chagas, dislipidemia ou colesterol elevado, ou outras? Qual(is)? Há quanto tempo? Tratamento? | | | | | | | |
| 25) Sofre ou sofreu de doenças vasculares, tais como: varizes (esôfago, membros), trombose, aneurisma (aorta, outro), hemorroida, fissura anal, insuficiência arterial de membros, insuficiência arterial de carótidas, trombose, flebites, outra(s)? Qual(is)? Há quanto tempo? Tratamento? | | | | | | | |
| 26) Sofre ou sofreu de alguma doença respiratória, tais como: bronquite, asma, DPOC, enfisema, pneumonia, pneumotórax, ronco, apneia do sono ou outra? Qual(is)? Há quanto tempo? Tratamento? | | | | | | | |
| 27) Sofre ou sofreu de doenças do aparelho digestivo tais como: úlcera, gastrite, cirrose do fígado, Doenças do refluxo gastroesofágico (DRGE), hemorragia digestiva, doenças da vesícula, pancreatite, diverticulite, pedra de vesícula, ou outras? Qual(is)? Há quanto tempo? Tratamento? | | | | | | | |
| 28) Sofre ou sofreu de hernia de hiato, diafragmática, umbilical, inguinal, escrotal, e/ou incisional, etc.)? Qual(is)? Há quanto tempo? Tratamento? | | | | | | | |
| 29) Sofre ou sofreu de doença urológica (geniturinária) tais como: fimose, prostatite, estenose de uretra, cólicas renais, dor pélvica, cálculos no rim ou outra localização, ITU, malformação peniana, fibrose no pênis, uretra com abertura anormal, perda urinária aos esforços (espirros, tosse, exercícios), testículo fora do lugar, ausência de testículo, rim único, insuficiência renal aguda ou crônica, hiperplasia ou aumento benigno do próstata, varicocele, impotência, nefrite, síndrome nefrótica ou outra? Qual(is)? Há quanto tempo? Tratamento? | | | | | | | |
| 30) Sofre ou sofreu de alguma doença endocrinológica ou hormonal tais como: diabetes, tireóide, outras. Qual(is)? Há quanto tempo? Tratamento? | | | | | | | |
| 31) Sofre ou sofreu de problemas com o peso corporal, tais como: anorexia, obesidade Já fez ou faz Tratamento? Qual(is)? a) fez cirurgia bariátrica? Há quanto tempo? | | | | | | | |
| 32) Já fez alguma cirurgia plástica estética ou reparadora? E em decorrência dessa cirurgias, tem alguma cicatriz ? | | | | | | | |
| 33) Sofre ou sofreu de alguma doença reumática tais como: Reumatismo, Lúpus, Artrite Reumatóide, Esclerodermia, Dermatômiosite, Doença do Crohn, Gota, Espondilite Anquilosante, Febre Reumática, ou outra? Qual(is)? Há quanto tempo? Tratamento? | | | | | | | |
| 34) Já teve algum acidente com fratura de ossos ou osteomielite? Qual(is)? Há quanto tempo? Tratamento? | | | | | | | |

ENTREVISTA QUALIFICADA

| ITENS | T | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 35) Sofre ou sofreu de doença osteomuscular, tais como: dores na coluna, hérnia de disco, osteoporose, bursite, tendinite, artrite, artrose, escoliose, ou outras? Qual(is)? Há quanto tempo? Tratamento? | | | | | | | |
| 36) Faz uso de prótese(s), órtese(s) tais como: pino, parafuso, placa, fios, silicone, stent, marca passo, outros? Qual(is)? Há quanto tempo? Motivo? | | | | | | | |
| 37) Sofre ou sofreu de problemas sexuais tais como: impotência ou outros? Qual(is) Há quanto tempo? Tratamento? | | | | | | | |
| 38) Sofre ou sofreu de algum tipo de hepatite? Qual? Há quanto tempo? Tratamento? | | | | | | | |
| 39) Sofre ou sofreu de infecções sexualmente transmissíveis, ou outras doenças infectocontagiosas tais como: HIV/AIDS, sífilis, HPV, Tuberculose, malária, febre amarela, dengue, Zyca, Chicungunha, leishmaniose, meningite, hepatite, hanseníase, outras. Qual(is)? Há quanto tempo? Tratamento? | | | | | | | |
| 40) Sofre ou sofreu de poliomielite? Quando? Tratamento? | | | | | | | |
| 41) Sofre ou sofreu de alguma doença ginecológica tais como: endometriose, ovários policísticos, miomas do útero, sangramento excessivo, incontinência urinária, prolapso de bexiga ou intestino, pólipos uterinos, aderência das trompas, cistos do ovário, malformação uterina, agenesia (ausência) de vagina, ou outra? Qual(is)? Há quanto tempo? Tratamento? | | | | | | | |
| 42) Sofre ou sofreu de doença mamária, tais como: nódulos da mama, carcinoma mamário, mastites, hipertrofia de mamas (mamas gigantes) mamas extranumerárias, ou outras? Qual(is)? Há quanto tempo? Tratamento? | | | | | | | |
| 43) Faz ou fez Tratamento de infertilidade? Qual(is)? Quando? | | | | | | | |
| 44) Está gestante? () Já teve parto(s) (), Quantos? (), Normal(), Cesariana(), Abortos()? | | | | | | | |
| 45) Em caso de criança (menor de idade), acrescentar: a) Gravidez de alto risco ou sofreu de complicações durante o processo gestacional? _____ b) Parto: Normal () / Cesariana () c) Prematuro ou a Termo? Quantas semanas (ou meses)? _____ d) Apgar ao nascer 1º min. _____ 5º _____ e) Peso ao nascer: _____ f) Icterícia ao nascer: _____ g) Necessitou de internação em UTI? _____ h) Aleitamento materno _____ i) Possui ou já possuiu refluxo gastro- esofageano? () Tratamento? j) Já foi internado em hospital infantil? () Qual motivo? _____ | | | | | | | |
| 46) Sofre de alguma doença não descrita nesta declaração que queira comunicar? Especifique. | | | | | | | |
| 47) Foi realizado algum tipo de exame ou procedimento pela Operadora para avaliar o seu estado de saúde físico ou mental na contratação do plano de saúde? | | | | | | | |

| Questionário | Proponente | Esclarecimento sobre a Entrevista Qualificada | Preenchimento pela Unimed -CID |
|--------------|------------|---|--------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ENTREVISTA QUALIFICADA**OFERTA DO AGRAVO****NA EXISTÊNCIA DE DOENÇAS PREEXISTENTES, O CONTRATANTE OPTA PELO CÁLCULO DO
AGRAVO? () SIM () NÃO****OPTA PELA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA? () SIM () NÃO****DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO PROPONENTE CONTRATANTE**

Declaro para todos os fins, que prestei informações completas e verídicas sobre o meu estado de saúde, como também de meu (s) dependente (s) e agregado (s). com os quais me comprometo, após ter lido e compreendido todos os quesitos constantes anexo a esta, não tive dúvidas nas questões formuladas, sendo que durante o preenchimento a UNIMED disponibilizou médico orientador que se limitou a essa função.

Concordo que as mesmas passem a fazer parte integrante do contrato a ser celebrado com a operadora, ficando a mesma AUTORIZADA pôr mim, a solicitar esclarecimentos, relatórios a médicos, hospitais, clinicas ou em qualquer outra instituição, utilizando-as a qualquer tempo, no amparo e defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional dos usuários inclusos no contrato.

Pôr ser a presente expressão da verdade firmo-a em duas (02) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas, para que surta todos os efeitos legais.

Palmas, ____ de _____ de 20 ____

Declarante Proponente.: _____

Testemunhas: _____

Testemunhas: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO ORIENTADOR

Eu, abaixo assinado, na qualidade de médico orientador do proponente contratante, acima qualificado, declaro que acompanhei o preenchimento da “Declaração de Saúde” do mesmo e de seus dependente (s) e agregado (s), não realizando qualquer exame, dando-lhe todas as orientações necessárias e esclarecedoras.

Pôr ser verdade firmo o presente, em duas vias de igual teor e forma, para os devidos fins legais.

Palmas, ____ de _____ de 20 ____

MÉDICO ORIENTADOR

CRM N.º _____

ENTREVISTA QUALIFICADA

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DAQUILO QUE CONTRATEI

EU, _____, _____ (nacionalidade)
_____, _____ (estado civil), _____ (profissão)
_____, portador da CI número _____, na qualidade de “*Propo-
nente*”, preenchi a “*Proposta Individual de Aquisição de Plano de Assistência à Saúde*” e tendo recebido da
UNIMED PALMAS:

- 1) Uma cópia do “Termo de Adesão” Ao Plano Assistência à Saúde;
- 2) Uma “Cópia da declaração de saúde” do “Plano de Assistência à Saúde”.
- 3) Uma cópia do Contrato do plano de assistência que contratei.

Tendo lido esse material e recebido uma explicação detalhada sobre o assunto, bem como indagado e tendo recebido todos os esclarecimentos necessários:

Declaro estar ciente e saber:

- ***Exatamente o que eu estou comprando;***
- ***Quanto vai custar;***
- ***Quando os preços serão alterados e os critérios para o seu reajuste;***
- ***Quais são as minhas responsabilidades com relação ao plano;***
- ***Quais são os meus direitos;***

Declaro também que fui informado que qualquer dúvida que porventura eu possa vir a ter no futuro deverá ser esclarecida mediante contato com a CONTRATADA, que poderá ser feito pelo telefone ou diretamente no endereço da mesma.

Estou ciente que a UNIMED PALMAS não me reembolsará por qualquer despesa médica que fizer fora da rede relacionada na “Relação de Prestadores de Serviço”, de acordo com a área de abrangência do plano contratado, excluindo-se os casos caracterizados como de “Urgência” e “Emergência” respeitadas as condições contratuais.

| | |
|-------------|-------|
| Local: | Data: |
| Assinatura: | |

ENTREVISTA QUALIFICADA

PERÍCIA MÉDICA

Quadro clínico:

Resultado de Exames:

CID 10 e Relação dos Códigos dos Procedimentos:

Parecer Final:

Assinatura e carimbo do Médico Perito

Data: ____ / ____ / ____

Declaro para os devidos fins que estou ciente dos resultados da Perícia Médica:

Assinatura do Contratante ou Responsável Legal

Nome: _____

CPF: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Dependente ou Responsável Legal

Nome: _____

CPF: _____

Data: ____ / ____ / ____

