

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1. Sofre de tumores, sejam benígnos e/ou malignos (câncer) qualquer que seja a natureza (inclui-se linfomas, leucemias, entre outros)?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
2. Realiza quimioterapia, radioterapia, braquiterapia?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
3. Sofre de algum tipo de doença neurológica crônica (Alzheimer /Demência / Sequela AVC/Doenças neurodegenerativas / entre outros)?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
4. Está acamado ou apresenta algum tipo de dificuldade de mobilidade?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
5. Sofre de algum tipo de problema vascular (trombose / obstruções arteriais / varizes, entre outros)?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
6. Sofre de algum tipo de problema cardíaco (infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, entre outros)?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
7. Possui marcapasso e/ou desfibrilador cardíaco?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
8. Sofre de problemas renais e/ou urológicos (tumores de próstata, por exemplo)?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
9. Realiza diálise e/ou hemodiálise?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
10. Tem indicação para realizar algum procedimento e/ou cirurgia?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
11. Possui próteses (pinos, placas, parafusos, prótese mamária, prótese auditiva central, entre outros) (exclui-se prótese dentária)?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
12. Utilizou ou utiliza algum tipo de medicamento de alto custo, de acordo com as regras previstas na Lei 9656/98 e resoluções da ANS?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
13. Proponente internado?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
14. Possui algum diagnóstico relacionado ao desenvolvimento neurológico, comportamental ou de aprendizagem (TDAH, TOD, dislexia, TEA, discalculia, entre outros) ?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
15. Realiza algum acompanhamento, tratamento ou utiliza medicamento em razão de condição relacionada ao neurodesenvolvimento, comportamento ou aprendizagem?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
16. Proponente em período gestacional?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	
17. Sofre de alguma doença ou tratamento não descrito ou não mencionado acima?	() Não () Sim
Justifique informando a patologia / tratamento / medicamento	

Declaro que as informações prestadas nesta Declaração de Saúde são a expressão da verdade e assumo total responsabilidade pelas mesmas, podendo a Prevent Senior Private considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas contratadas. Declaro, ainda, que estou ciente que a omissão de informações sobre a existência de doenças e lesões preexistentes, das quais saiba ser portador(a) no momento do preenchimento desta declaração, poderá ser considerada comportamento fraudulento e acarretar a denúncia, suspensão ou cancelamento do contrato. Nesse caso, serei responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com cirurgias, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida. Comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, a enviar à Prevent Senior Private as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde e resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-a, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

Tenho ciência que os medicamentos de alto custo serão fornecidos pela Operadora de acordo com as regras previstas na Lei 9.656/98 e resoluções da ANS, podendo ser aplicadas carências de 180 (cento e oitenta) dias.

Estou ciente que de acordo com a Lei 9.656/98, e resoluções da ANS não há cobertura obrigatória para atendimento domiciliar.

Condições do preenchimento da Declaração de Saúde

- ☐ Declaro que fui orientado por médico credenciado pela Prevent Senior, sem custo algum.
- ☐ Declaro que fui orientado por médico particular, arcando com os custos correspondentes.
- ☐ Declaro que não utilizei um médico orientador para a entrevista qualificada por considerar que tenho conhecimento suficiente para responder às perguntas, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

Local e Data
Prevent Senior Private Operadora de Saúde Ltda.

Nome do(a) beneficiário(a) ou responsável

Assinatura do médico e CRM

Via-proponente