

Diretoria Técnica de Saúde – DITES
Gerencia de Relacionamento com o Usuário – GERAU

DECLARAÇÃO DE SAÚDE ISSEC/FASSEC

Os campos abaixo são de preenchimento obrigatório e não poderão ser rasurados.

Nome completo (letra de forma): _____

Idade _____ CPF: _____

Órgão/Entidade: _____

Matrícula: _____

Usuário/Titular Usuário/Dependente Pretenso Usuário

Telefone/Contato () _____

O objetivo do presente instrumento é orientar o pretenso usuário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que ele saiba ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao ISSEC/FASSEC, além de subsidiar as situações relativas aos direitos às coberturas previstas na Tabela Saúde ISSEC e consequências da omissão de informações, conforme normatização legal em vigor.

Para fins de esclarecimento, seguem abaixo as seguintes:

- a) **Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP)** são aquelas que usuário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da ADESÃO.
- b) **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da ADESÃO de Assistência à Saúde, a suspensão a cobertura de Procedimento de Alta Complexidade (PAC); ressonância magnética, hemodiálise, cateterismo cardíaco e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo Usuário ou seu representante legal.

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o pretenso usuário ou seu representante legal saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada pode acarretar a suspensão ou o cancelamento da Assistência nos **Termos da Lei 16. 530 02 de abril de 2018**, estando sujeito as penas da citada lei. Nesse caso, o usuário será responsável pelo pagamento das despesas que seriam objeto de CPT.

Preencha as informações abaixo:

Peso atual ____kg (quilos) Altura: ____m(metro)

Normatização: Inciso III, art. 7º da Instrução Normativa Nº 001/2018/ISSEC

FORMULÁRIO

DECLARAÇÃO DE SAÚDE ISSEC/FASSEC

Marque com um "X" as opções abaixo, Escolha "SIM" caso esteja ciente que é portador de tais condições e especifique. Caso contrário, assinale "NÃO":

1.É portador (a) de alguma doença de sangue, como anemias adquiridas (carencial, hemolítica e plástica) ou anemias hereditária (talassemia e falciforme), leucemia ou outra ?	() Não () Sim	Qual_____
2. É portador (a) de algum distúrbio do sono, como apneia do sono; ronco, em caso de menor de idade; ou outro?	() Não () Sim	Qual_____
3. É portador (a) de alguma doença das articulações, como artrose, tendinite ou outra? Em que parte do corpo?	() Não () Sim	Qual_____
4.É portador (a) de alguma doença dos rins, como calculose, insuficiência renal ou outra; tem rim transplantado ou necessidade de transplante?	() Não () Sim	Qual_____
5. Já fez ou faz hemodiálise ou outro tipo de diálise?	() Não () Sim	Qual_____
6.É portador (a) de alguma doença dos olhos, como miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia, catarata, estrabismo, glaucoma, lesão de córnea, pterígio, lesão de retina (descolamento), ou tem necessidade de transplante de córnea?	() Não () Sim	Qual_____
7. É portador (a) de alguma colagenose, como lúpus, esclerodermia, polidermatomiosite, artrite reumatóide, vasculites ou outras?	() Não () Sim	Qual_____
8. É portador (a) de diabetes melitus? Especificar o tipo.	() Não () Sim	Qual_____
10. É portador (a) de alguma doença da boca ou das glândulas salivares, maxilares, hipertrofia de adenóide ou amígdalas, ou outra?	() Não () Sim	Qual_____
11. É portador (a) de alguma doença da coluna (cervical, dorsal, lombos sacra, coccígea), hérnias ou desvios?	() Não () Sim	Qual_____
12. É portador (a) de alguma doença das artérias (carótidas, aorta, femoral), aneurisma, obstrução ou outras?	() Não () Sim	Qual_____
13. É portador (a) de alguma doença do coração (reumática, valvular, isquêmica, infecciosa, muscular, congênita, etc.), insuficiência, arritmias ou sopro?	() Não () Sim	Qual_____
14. Já realizou procedimentos, tais como: Cateterismo, angioplastia ou outros?	() Não () Sim	Qual_____

Normatização: Inciso III, art. 7º da Instrução Normativa Nº 001/2018/ISSEC

15. É portador (a) de alguma doença do aparelho digestivo, como cirrose hepática, hepatite, calculose de vesícula, pancreatite, enterite, colite, gastrite, úlcera, hemorróida, esofagite, divertículos, chron ou outra?	() Não () Sim	Qual_____
16. É portador (a) de alguma doença dos ouvidos e mastóides, como surdez, otite crônica, rinite alérgica ou outra?	() Não () Sim	Qual?_____
17. É portador (a) de alguma doença do sistema nervoso, como doença de Parkinson, doença de Alzheimer, epilepsia, seqüela de AVC, tumores, paralisia, meningite, doenças degenerativas ou outras?	() Não () Sim	Qual?_____
18. É portador (a) de alguma doença da próstata (para homens), das mamas ou endometriose (para as mulheres), de doenças dos órgãos genitais, de incontinência urinária ou outra?	() Não () Sim	Qual?_____
19. É portador (a) de alguma doença dos ossos, como osteoporose, seqüela de fraturas ou outra?	() Não () Sim	Qual?_____
20. É portador (a) de alguma doença dos pulmões, como doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, enfisema, tuberculose, bronquites ou outra?	() Não () Sim	Qual?_____
21. É portador (a) de algum tipo de hérnia, como inguinal, de hiato, umbilical, incisional, epigástrica ou outra?	() Não () Sim	Qual?_____
22. É portador (a) de hipertensão arterial ou, no caso de gestantes, de doença hipertensiva específica da gravidez?	() Não () Sim	Qual?_____
23. É portador (a) de alguma doença de pele, como tumores, manchas ou outras?Especificar o local.	() Não () Sim	Qual?_____
24. É portador (a) de alguma deficiência física, como malformação congênita ou anomalias cromossômicas, síndromes genéticas (Down), má absorção ?	() Não () Sim	Qual?_____
25. É portador (a) de algum tipo de câncer (neoplasia maligna)? Especificar o ano do diagnóstico	() Não () Sim	Qual?_____
26. Fez quimioterapia ou radioterapia? Especifique	() Não () Sim	Qual?_____
27. É portador (a) de obesidade mórbida?	() Não () Sim	Qual?_____
28. É portador (a) de alguma doença muscular, como miastenia grave ou outra?	() Não () Sim	Qual?_____
29. É portador (a) de alguma doença infectocontagiosa, como chagas, tuberculose, meningite ou outra?	() Não () Sim	Qual?_____
30. É portador (a) de vírus HIV (vírus da AIDS)?	() Não () Sim	Qual?_____
31. É portador (a) de alguma doença das glândulas endócrinas, como tireóide, paratireóide, hipófise ou suprarenal? Especificar glândula e doença.	() Não () Sim	Qual?_____
32. É portador (a) de alguma doença das veias, como varizes, micro varizes, trombose, ulcera de perna ou outra?	() Não () Sim	Qual?_____

Normatização: Inciso III, art. 7º da Instrução Normativa Nº 001/2018/ISSEC

33. É portador (a) de alguma doença mental, distúrbios psiquiátricos ou psicológicos?	() Não () Sim	Qual? _____
34. Possui alguma seqüela decorrente de acidente de qualquer natureza?	() Não () Sim	Qual? _____
35. Possui indicação para algum tipo de cirurgia?	() Não () Sim	Qual? _____
36. Teve ou tem alguma doença ginecológica, como endometriose, ovários policísticos, miomas do útero, sangramento excessivo, incontinência urinária, bexiga ou intestino fora da posição normal, fibroadenoma da mama, alteração funcional benigna de mama, displasia mamária, mamilo umbilicado ou invertido, mastite, eczema da mama, pólipos uterinos, aderência das trompas, cistos do ovários, malformação uterina, agenesia de vagina ou outra?	() Não () Sim	Qual? _____
37. Já sofreu aborto?	() Não () Sim	Quando? _____
38. É ou já foi portador de prótese/órtese/materiais diversos, tais como: parafusos, placas, stents, válvulas ou outras?	() Não () Sim	Qual? _____
39. Realizou exames de imagem nos últimos 12 meses? Se sim, especificar qual?	() Não () Sim	Qual? _____
40. Já foi submetido a alguma cirurgia?	() Não () Sim	Qual? _____
41. Recebeu transfusão de sangue?	() Não () Sim	Qual? _____
42. Possui tatuagem?	() Não () Sim	Qual? _____
43. Tem ou teve alguma doença não identificada nas questões anteriores? Em caso afirmativo especificar.	() Não () Sim	Qual? _____

Pretendo usuário, se desejar, utilize o espaço abaixo para informações adicionais sobre as perguntas formuladas nas páginas anteriores.

Normatização: Inciso III, art. 7º da Instrução Normativa Nº 001/2018/ISSEC

Na qualidade de pretense usuário do ISSEC, assumo integralmente a responsabilidade, em meu nome e dos pretensos usuários dependentes inscritos na referida proposta, pelas informações e opções prestadas, declarando-me ciente e de acordo com todas as informações constantes neste documento. Tenho conhecimento de que a omissão de informação, bem como preenchimento incorreto deste documento, caracterizará fraude, nos moldes do Art. 299 do Código Penal, o qual dispõe que omitir, em documento público ou particular declaração que dele devia constar ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Penas: reclusão de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular; tornando passível de suspensão de cobertura e de Perda da qualidade de usuário do ISSEC, em conformidade com a Lei Nº 16.530/2018 e regulamentações respectivas.

_____, ____/____/____.

Local, data e assinatura do pretense usuário/dependente

_____, ____/____/____.

Local, data e assinatura do ISSEC

Normatização: Inciso III, art. 7º da Instrução Normativa Nº 001/2018/ISSEC