



CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

PLAM-CNEN/RJ

Prezado Beneficiário,

O QUE É DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha a adesão ao PLAM-CNEN/RJ, onde o beneficiário deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

O preenchimento da Declaração de Saúde deverá ser feito obrigatoriamente pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, que deverá declarar por si e por seus dependentes, saber ser(em) ou não, portador(es) ou sofredor(es) de lesão ou doença preexistente à época da adesão.

O preenchimento das perguntas é obrigatório e não poderá apresentar qualquer tipo de rasura.

As respostas (“S” - Sim; “N” - Não) devem ser fornecidas considerando a situação de cada beneficiário, devidamente identificado no cabeçalho.

Não deixar de declarar qualquer patologia.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA ADESÃO

Haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade que constam no rol de procedimentos da ANS, EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 (vinte e quatro) meses, contados desde a adesão ao PLAM-CNEN/RJ. Após o período de 24 (vinte e quatro) meses da adesão, a cobertura passará a ser integral.

Não haverá restrição de consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de ALTA COMPLEXIDADE, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos das carências estabelecidas no Regulamento Geral.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA ADESÃO

Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, o PLAM-CNEN/RJ poderá rescindir a adesão e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes à doença ou lesão não declarada.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Nº DO ITEM - preencher com o número de cada pergunta com "S" (S-Sim) na Declaração de Saúde.

TITULAR/DEPENDENTE(S) - assinalar com "X" referente ao beneficiário que teve "S" no item descrito.

ANO DO EVENTO - preencher com o ano que ocorreu o evento correspondente ao item descrito.

CAMPO PARA DESCRIÇÃO DO EVENTO - preencher detalhadamente com informações referentes ao evento, tais como: datas, tratamentos realizados, situação atual, etc.

O PLAM-CNEN/RJ poderá, a seu critério, solicitar informações adicionais e/ou realizar entrevista pessoal complementar com o objetivo de esclarecer as dúvidas originadas no processo de preenchimento da Declaração de Saúde.

DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO TITULAR

O BENEFICIÁRIO TITULAR deverá assinalar com "X" no campo correspondente à forma escolhida para o preenchimento da Declaração de Saúde, datar e assinar o documento.

Se o BENEFICIÁRIO titular optar pelo auxílio de um médico para prestar orientações para o preenchimento da Declaração de Saúde, o mesmo deverá assinar e carimbar o documento.

TODAS AS PÁGINAS QUE NÃO CONTENHAM ESPAÇO PARA ASSINATURA DEVEM SER RUBRICADAS.

BENEFICIÁRIO TITULAR

NOME LEGÍVEL: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

_____, ____ de _____ de 2014.



ADESÃO AO PLAM-CNEN/RJ

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome:

CPF:

Matrícula do Plano:

DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)

1. Nome do 1º Dependente:

2. Nome do 2º Dependente:

3. Nome do 3º Dependente:

ITENS DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Itens	Preencher com "S" = SIM ou "N" = NÃO			
	Titular	1º Dep	2º Dep	3º Dep
1. Sofre/sofreu de alguma doença cardiovascular, como pressão alta, angina, infarto ou outra?				
2. Sofre/sofreu de alguma doença endocrinológica, como diabetes, doenças da tireóide, obesidade ou outra?				
3. Sofre/sofreu de alguma doença do aparelho respiratório, como enfisema, asma, bronquite, rinite, sinusite ou outra?				
4. Sofre/sofreu de alguma doença ortopédica, como osteoporose, hérnia de disco, artrite, artrose ou outra?				
5. Sofre/sofreu de alguma doença do aparelho digestivo, como gastrite, úlcera, colite, hemorróidas, cálculo de vesícula ou outra?				
6. Sofre/sofreu de alguma doença do fígado, como cirrose, hepatite ou outra?				
7. Sofre/sofreu de alguma doença urológica, como insuficiência renal, problema de próstata, cálculos ou outra?				
8. Sofre/sofreu de alguma doença ginecológica, como miomas, cistos ou outra?				
9. Sofre/sofreu de alguma doença neurológica, como epilepsia, Alzheimer, Parkinson ou outra?				
10. Sofre/sofreu de alguma doença oftalmológica (dos olhos), como glaucoma, catarata, estrabismo ou outra?				
11. Sofre/sofreu de alguma doença do sangue ou submeteu-se a transfusão sanguínea?				
12. Sofreu acidente ou doença que tenha deixado qualquer tipo de seqüela, dano ou deficiência?				

13. Sofre/sofreu de algum tipo de câncer?				
14. Apresenta/apresentou hérnia inguinal, umbilical ou outro tipo?				
15. Tem ou teve doença do aparelho circulatório, como varizes, insuficiência arterial, linfangite ou outra?				
16. É portador do vírus do HIV?				
17. Possui deficiência psicomotora, de órgão ou membro, de nascença ou adquirida?				
18. Possui alguma doença/deformidade hereditária ou congênita?				
19. Já realizou alguma cirurgia?				
20. Possui cirurgia programada para os próximos 12 meses?				
21. Faz/Fez acompanhamento psiquiátrico ou psicoterápico?				
22. Está em tratamento médico?				
23. Tem ou teve alguma doença não relacionada nos itens acima?				

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Nº ITEM	TIT	1º DEP	2º DEP	3º DEP	ANO DO EVENTO	Caso tenha sido marcado "Sim" em algum dos itens da Declaração de Saúde, informe para cada item e por beneficiário as datas, tratamentos, situação atual e tudo o mais que considerar importante para avaliação médica.

DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO TITULAR

() Declaro que fui orientado por meu médico para preenchimento desta Declaração de Saúde.

Declaro que prestei as orientações necessárias para o BENEFICIÁRIO TITULAR preencher de próprio punho esta Declaração de Saúde.

Assinatura do médico com carimbo e CRM

_____, _____ de _____ de 2014.

() Declaro que dispensei orientação médica para o preenchimento desta Declaração de Saúde por julgar-me capacitado a fazê-lo por minha própria conta, pelo que respondo integralmente.

Declaro que as informações, por mim prestadas nesta Declaração de Saúde, são verdadeiras, pelas quais assumo inteira responsabilidade.

Assinatura do Beneficiário Titular

_____, _____ de _____ de 2014.